Kinoshita, Hakushi d. Med., Prof. f. d. Gynaecol. u. Tocol. an d. med. Facult. z. Tokyo; Dr. O. Kitagawa, Hakushi d. Med. (Chirurgie), Director d. „Kōseiquan"-hospitals (Nagoya); Dr. F. Kitagawa, Arzt im „Kōseiquan"-hospitals (Nagoya); Dr. Kitasato, Hakushi d. Med., (Bacteriologie), Director d. Instituts f. d. Forschung d. Infectionskrankheiten. z. Tokyo; Dr. T. Kitashima, Hakushi d. Med. (Bakteriologie), Abteilungsvorsteher d. Instituts f. d. Forschung d. Infectionskrankheiten z. Tokyo; Dr. K. Miura, Hakushi d. Med., Prof. f. d. innere Med. an d. med. Facult. z. Tokyo; Dr. J. Misumi, Vorsteher d. pathol. u. neurol. Abteilung d. Kumamoto-hospitals; Dr. d. Philosophie Miyajima, Hakushi d. Med. (Zoologie), Ingenieur d. Fabrik d. Vaccinlymphe z. Tokyo; Dr. T. Miwa, Hakushi d. Med., Prof. f. d. Chirurgie an d. med. Hochschule z. Chiba; Dr. T. Shidate,–Urolog–,Vicedirector d. Asakura-hospitals (Tokyo); Dr. G. Shibayama, Hakushi d. Med. (Bakteriologie), Abteilungsvorsteher d. Instituts f. d. Forschung d. Infectionskrankheiten z. Tokyo; Dr. K. Shiga, Hakushi d. Med. (Bakteriologie), Abteilungsvorsteher d. Instituts f. d. Forschung d. Infectionskrankheiten z. Tokyo; Dr. M. Shibukawa, Vicedirector d. Niigata-hospitals; Dr. K. Shibata,–Gynaecolog. u. Tocolog–, Director d. Shibata-hospitals (Nagoya); Dr. H. Shiwota, Assistentsprof. f. d. Chirurgie an d. med. Facult. z. Tokyo; Dr. S. Higuchi, Prof. f. d. Gynaecol. u. Tocol. an d. Tokyo-Charitékrankenhaus med. Hochschule; Dr. F. Sekiba,–Chirurg–, Director d. „Hokushin"-hospitals (Sapporo); Dr. K. Sugi,–Chirurg–, Lehrer an d med. Schule zu Busho (China); Dr. d. Tierarzen. G. Sudō, Hakushi d. Tierarzen., Prof. an d. landwirthschaftl. Facult. z. Tokyo. Dr. T. Hayami, Hakushi d. Med., Prof. f. d. allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie an d. med. Facult. z. Kioto; Dr. S. Azuma, Hakushi d. med., Vicedirector d. „Hamada"-hospitals (Gynaec. u. Tocol.) z. Tokyo; Dr. Asakura, Hakushi d. Med., Director d. „Asakura"-hospitals (Urol.) z. Tokyo.

---

redigirt von

Dr. K. YAMAGIWA,

Professor d. allgem. Pathologie u. d. pathol. Anatomie (Tokyo.)

Zweiter Jahrgang Erstes Heft.

Tokyo. 1908.

Verlag von Handaya (Verlags-buchhändler.
Hongō Harukimachi 2 Chōme Tokyo.)

„Gann“ erscheint 4 monatlich 1 Mal in einem Hefte von ca 300 Seiten Staerke. Jedes Heft enthaelt Originalaufsaetze mit Tafeln oder Textfiguren, Japanische Referate in—u. ausländischer Krebsliteratur, und Deutsche, Englische oder Franzoesische Referate der Originalaufsätze. 3 Hefte machen 1. Band. Preis: 6 Yen für einen Band.

Inhaltsverzeichniss der Referate der Originalaufsaetze:

Seite

1.) Dr. M. Ōtsuki, Prosector am „Eraku“-hospital, Ein kleiner Beitrag z. Kenntniss über d. Histogenese d. Ovarialcarcinoms.—Taf. I. Fig. 1.—(aus d. pathol. Institut z. Tokyo) . . . . . 1.

2.) Dr. G. Sudō, Volontairassistent d. pathol. Instituts, Ein Fall von Adenoma papillare d. Niere.—(aus d. pathol. Institut z. Tokyo) . . . . . 2.

3.) Dr. Y. Nakamura, Prof. an d. med. Hochschule z. Nagoya, Ueber d. Art und Genese d. primären Carcinoms aus d. Nasenhöhle u. d. Simus Highmori.—Taf. II. Fig. 1–3.—(aus d. oto-rhino-pharyngo-laryngol. Klinik z. Nagoya). 4.

4.) Dr. K. Yamagiwa, Prof. f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie an d. med. Facult. d. kais. Jap. Univ. z. Tokyo, Beiträge z. Kenntniss d. Histogenese d. Carcinoms, II. Mitteil.—Taf. III.–IX.—(aus d. pathol. Institut z. Tokyo). 8.

5.) Dr. M. Obata, Volontairassistent d. pathol. Instituts, Ueber die Art u. Genese d. Carcinoms von Portio vaginalis uteri.—(aus d. pathol. Institut z. Tokyo) . . . . . 26.

6.) Dr. R. Kawamura, I. Assistent d. pathol. Instituts, Ueber d. Arten d. Lungenkrebses nebst einigen Bemerkungen z. Histogenese desselben.—Taf. X. Fig. 1–3.—(aus d. pathol. Institut z. Tokyo) . . . . . 27.

7.) Dr. H. Tokuoka, Militairstabs-arzt, commandirt z. chir. Klinik d. Herrn Prof. S. Statō d. kais. Jap. Univ. z. Tokyo, Ueber einen Fall vom combinirten Auftreten von Carcinom u. Endotheliom in einer u. ders. Brustdrüse.—Taf. XI Fig. 1–3.—(aus. d. chir. Klinik d. Herrn Prof. S. Sato z. Tokyo) . . . . . 38.

Seite

Ein kurzer Bericht ueber die Begründung der Gesellschaft für d. Krebsforschung in Japan und die Verhandlungen der I. wissenschaftl Versammlung . . . . . 41.

A. Uebersicht über die Stiftungsfeier der Gesellschaft für d. Krebsforschung und. d. Verhandlungen der beiden Sitzungen d. I. wissenschaftl. Versammlung . . . . . 41.

B. Auszug aus den Statuten d. Gesellschaft f. d. Krebsforschung . . . . . 44.

C. Mitglieder . . . . . 44.

D. Referate d. Vorträge in d. beiden Sitzungen d. I. wissenschaftl. Versammlung.: . . . . . 51.

1.) Meine Anschauung über Carcinom. von Prof. Dr. K. Yamagiwa . . . . . 51.

2.) Etimologie des Wortes „Gann“ (癌). von Dr. Y. Fuzikawa (Tokyo) . . . . . 53.

3.) Zusammenfassender Bericht über Immunisirungsversuche gegen Carcinom in d. neueren Zeit. von Prof. Dr. A. Sata (Osaka) . . . . . 54.

4.) Statistischer Bericht über den Krebs im gynaecol. Gebiet. von Prof. Dr. M. Kinoshita (Tokyo) . . . . . 55.

5.) Der therapeutische Werth der Chirurgie gegen den Krebs im oberen Luftwege. von Prof. Dr. W. Okada (Tokyo) . . . . . 59.

6.) Krebsforschung und vergleichende Pathologie. von Prof. Dr. A. Fuzinami (Kioto) . . . . . 61.

7.) Ueber einen Fall von Spaetrecidiv. von Marinegeneralstabsarzt Dr. T. Honda (Tokyo) . . . . . 63.

REFERATE

DER

ORIGINALAUFSAETZE

REFERATE
DER
ORIGINALAUFSAETZE

Dr. **M. Ōtsuki**, Prosector am **, Eraku '**— hospital, Ein kleiner Beitrag zur Kenntnis über die Histogenese des Ovarialcarcinoms. — Tafel I Fig. 1 — (aus d. pathologischen Institut zu **Tokyo**).

Bekanntlich hat *Nagel* die Verlagerung der Keimepithelien und die daran folgende Bildung kleiner Cysten am Ovarium bei alten Frauen als Folge von chronischer Oophoritis betrachtet und als Ursache aller Epithelialgeschwülste des Ovariums erklären wollen.

Der Verf. glaubt nun, sein Fall sei gerade dazu geeignet, um dieses Verhältniss am besten zu demonstriren. Es handelt sich um einen scharf begrenzten, grau-weisslichen, bohnengrossen knotigen Heerd in der Marksubstanz des l. Ovariums bei einer 64 j. Frau, welches ebenso wie das anderseitige dem Alter entsprechend mit einer uneben höckerigen narbigen Oberfläche versehen, an vielen Stellen mit der Umgebung verwachsen ist, somit das Bild von Perioophoritis chronica fibrosa zeigte. Dieser Heerd bestand aus vielen Gruppen von submiliaren rundlichen Knötchen, welche alle unter dem Mikroskop sich als rundliche Cystchen erwiesen haben, deren Lumina meistens durch Eosin intensiv rot gefärbte Masse beherbergen. Verfolgt man Schnittserien aus dem genannten Herde, so erkennt man, dass ein Teil des Heerdes sich auch in der Rinde befindet und die Grenze da gegen die Umgebung nicht deutlich ist.

Cystchen sind im allgemenen rundlich, liegen dicht bei einander und nur durch schmales Stroma von einander getrennt. Sie besitzen keine eigentliche Grundmembran oder Kapsel, wie man sie bei Follikel findet. An der Innenwand der Cystchen sieht man meist mehrfach geschichtete hoch cylindrische od. eher länglich — schmale spindelförmige

Epithelzellen, auch solche einschichtige nur bei einer kleinen Anzahl von Cystchen. So bemerkt man auch Uebergang der einschichtigen u. mehrschichtigen Epithellage an einer und derselben Cyste. Es giebt auch sehr viele ganz mit den erwähnten Epithelzellen ausgefuellte Cysten mit dem Aussehn von Carcinomalveolen. Dabei ist jedoch die Anordnung der cylindrisch — spindelförmigen Epithelzellen noch regelmässig d. h. von der Peripherie nach d. Centrum radiael gerichtet und die Zellenform ist sowohl in der Peripherie als auch im Centrum dieselbe. Stroma besteht überall aus dem für die Rinde eigentümlichen zellreichen Bindegewebe. Ferner sei bemerkenswerth, dass entsprechend dem dicht unterhalb der Oberfläche der Rinde befindlichen Teil der Geschwulst eine narbige Einziehung vorfindet, und im zellarmen, faserig — hyalinen die letztere begleitenden Narbengewebe hie u. da jene oben erwähnte Cysten und Alveolen eingebetet liegen (— In einem Teil Hilus ovarii fand der Verf. wie gewöhnlich Drüsengänge von Paraovarium.—)

Nach diesem Befund hat der Verf. unter Heranziehung seiner Erfahrung über die Cystenbildung in Folge von Verlagerung des Ovarialkeimepithels bei alten Frauen aus seiner frueheren Untersuchung („Zur Genese u. über die Bedeutung der Luteinzellen" — Festschrift f. d. 20 j. Professor — jubileum d. Herrn Prof. *M. Miura*. Mai 1906) folgenden Schluss gezogen: „Der vorliegende Fall zeigt nus einen bohnengrossen Geschwulstknoten, deren Entstehung auf die adenomatöse Hyperplasie und teilweise beginnende carcinomatöse Heteroplasie der Keimepithelien an den einfachen kleinen Einziehungscysten zurückzuführen ist, welche man bei dem Ovarium von Greisen fast immer, auch im reifen Alter manchmal in der Rindennarbe findet."

(*K. Yamagiwa*)

Dr. **G. Sudō,** Volontairassistent des pathologischen Instituts, Ein Fall von Adenoma papillare der Niere. — (aus dem pathol. Institut zu **Tokyo**).

Verf. konnte in seinem Fall von Adenoma papillare der Niere einen directen Zusamenhang der neugebildeten Drüsen mit den Harncanälchen constatiren.

Bei der Section einer 44 j. männl. Leiche mit der anatomischen Diagnose: Magencarcinom aus dem einfachen Magengeschwür, Metastasen in Magenwand selbst, Oesophagus, Epigastrialdrüsen, und Lymphdrüsen im Grossnetz u. Porta hepatis, Leber, Dissemination im *Douglas*'schen Raum, Stenosen dez Cardiateils des Magens, des Rectums, d. V. portä u. lienalis durch Compression, Staungsmilz, Ascites, Bronchitis et Peribronchitis chronica fibrosa beider —, Bronchitis et Peribronchitis caseosa der rechten Lunge, allgemeine hochgradige Arteriosklerose, arteriosklerotische Schrumpfniere u. s. w. fand der Verf. nahe an dem oberen Pol der convexen Seite der l. Niere ein subcapsulär gelegenes, reiskorngrosses, grauweisslich-gelbliches Knötchen, welches kaum über die Nierenoberfläche erhaben und gegen die Umgebung scharf markirt ist. An der Schnittfläche erkennt man einen deutlichen Farbenunterschied zwischen dem grauweisslich-gelblichen Geschwulstparenchym und dem grauweisslichdunkelröthlichen Nierengewebe, jedoch keine besondere Kapsel dazwischen. Geschwulst hat eine poröse Beschaffenheit.

Nach der genaueren mikroskopischen Untersühung der Schnittserien hat der Verf. ungefähr folgendes constatiren können: Geschwulst besteht aus verschieden grossen Alveolen und den schmalen bindegewebigen Septen, welch letztere feinere zottige Fortsaetze und Leisten in das Alveolarlumen treiben. Septa und papilläre Fortsaetze auskleidende Epithelzellen sind maessig gross, cubisch bis cylindrisch, ueberall einschichtig u. in richtiger Ordnung. Zellprotoplasma zeigt keine deutliche vacuoläre Luecken, auch keine Ablagerung von einem besonderen Pigment. Der rundliche Kern sitzt im Centrum od. Basalteil des Zelleibes. Die sonstigen Charaktere der Zellen sind solchen der Harncanälchenepithelien ganz aehnlich u. nur soweit von den letzteren abweichend, als der Kern hier grösser und intensiver gefaerbt ist. In der Grenzzone gegen das Nierengewebe nimmt man bloss eine geringfügige Zunahme des intercanaliculären Bindegewebes wahr. An den Schnittserien hat der Verf. sonst bestaetigt dass deutlich dilatirte Harncanaelchen mit den hyperplastischen cubischen Epithelzellen direct in das Alveolarlumen der Geschwulst uebergehen.

In der Epikrise behauptet der Verf.

1) dass sein Fall als ein papillaeres Adenom der Autoren zu diagnosticiren sei;

2) dass seine Geschwulst eine ganz andere Beschaffenheit hat

als das Hypernephroma, und das Nierenparenchym als ihre Matrix zu betrachten sei;

3) endlich dass seine Geschwulst, obgleich sie in einer arterioskrelotischen Schrumpfniere zufaellig gefunden worden ist, ihre Entstehung wohl einer angeborenen Anlage zu verdanken habe, indem ihr isolirtes Vorkommen, keine weitere adenomatöse Hyperplasie, aber nur kleine Retentionscyste in der Naehe der Geschwulst, und ueberhaupt in beiden Nieren, weiter keine besonders starke Zunahme des Interstitiums in der Naehe d. Adenoms u. s. w. alle gegen die Genese in der Schrumpfniere sprechen.

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **Y. Nakamura,** Prof. an der med. Hochschule zu **Nagoya,** Ueber die Art und Genese des primaeren Carcinoms aus der Nasenhöhle und Sinus **Highmori.** — Tafel II Fig. 1–3 — (aus der oto-rhino-pharyngo-laryngologischen Klinik zu **Nagoya**).

Zuerst hebt der Verf. hervor, dass das Carcinom aus der Nasenhoehle relativ selten ist. Dann gibt er eine literarische Skizze von den Ansichten ueber die Ursache (chronis cher Catarrh oder eitrige Entzündung der Nasen- u. Nebenhölen und Epithelmetaplasie dabei; Ozaena; Schleimhaut schaedigende Gase; Traumen und besonders Transformation der gutartigen Geschwuelste — Schleimpolyp. u. s. w.) Art und Genese des Carcinoms aus der Nasenhoehle (am haeufigsten Plattenepithelzellenkrebs, welcher sich entweder durch Metaplasie des Cylinderepithels, oder im Sinus *Highmori* aus „Debris epitheliaux paradentaires" – *Malassez* — entwichelt; Zottenkrebs nach *Billroth*; sehr selten Drüsenzellenkrebs; Cylinderzellenkrebs u. Basalzellenkrebs — von *Donogany* u. *Lenart* zuerst angegeben), primaere Localisation (nach der Statistik von 53 Faellen des Nasencarcinoms mit der sicheren Angabe der Localisation, inclusiv Verf.'s 56 Faellen: Septum nasi 18 %, mittlerer Muschel 41 %, unterer Muschel 18 %, Sinus *Highmori* 11 %, Dach d. Nasenhöhle 5 %, Os sphaenoidalis 3 %).

Für jeden seiner 6 Faelle fuehrt der Verf. eine genaue Kranken-

geschichte an und gibt für den 1. ten u. 2. ten Fall Sectionsprotocoll wieder, dann beschresbt er bei allen Faellen histologische Befunde an den erhobenen Tumorstücken sehr eingehend.

Von seiner Zusammenfassung der microskopischen Befunde seien Folgendes kurz referirt:

Fall I, II und IV sind Plattenepithelzellenkrebs von ungefaehr gleichem Bau. Erster und zweiter Fall sind in der Schleimhaut von Sinus *Highmori* primär entsanden, der vierte Fall aber aus dem vorderen Rande der Nasenscheidewand. Ferner sei für erste zwei Faelle charakteristisch, dass mittelgrosse u. grosse Alveolen in Folge von Degeneration u. Nekrose zur Bildung von im Centralteil liegenden drüsenlumenartigen Lücken oder Spalten geneigt, während kleine Alveolen ganz mit Geschwulstzellen ausgefuellt sind. Dabei ist es auffallend, dass die Dicke der peripherischen guterhaltenen Geschwulstzellenschicht der Alveolen bei allen gleichgrossen stets deiselbe ist. Der Ite u. IVte Fall haben in mittelgrossen u. grossen Alveolen kleine Carcinomperlen gezeigt.

Bei allen genannten 3 Faellen sind die erste Schicht Geschwulstzellen direct auf der Wand der Alveolen immer cylindrisch, nach innen daranliegende Zellen aber polymorph u. polyedrisch. Stroma besteht aus dem dichten faserigen gefässreichen Bindegewebe mit Rundzellenin filtration.

Der Fall III und V sind ebenfalls aus dem Sinus *Highmori* entstandener Plattenepithelkrebs, jedoch mit einem von den oben erwähnten Faellen deutlich abweichenden Bild. Und zwar die Structur des Cancroids im III Fall ist ganz ebenso wie an demgleichen der aeusseren Haut. Geschwulstzellen sind im allgemeinen grösser als bei den obigen Faellen und polygonal, auch hyaline Degeneration oder Verhornung ist bedeutender. Man sicht überall schoene Carcinomperlen. Auch reichliche Mitosen sind als Zeichen des rapiden Wachstums vorgefunden. Stroma ist auch dichtfaserig und zellenreich.

Der Vte Fall ist dem III Fall ähnlich, nur deutlich papillomatös, und die Verhornung der Zellen, Perlenbildung sind stärker. Dabei ist das Stroma noch schwach entwickelt.

Der VIte Fall ist als ein Adenoma papilliferum aus den Ausfuehrungsgaenge d. Schleimdrüsen überkleidenden Cylinderepithelien zu betrachten. Es ist aber schon carcinomatös umgewandelt, und darnach auch als Cylinderzellenkrebs (aus der Nasenscheidewand) aufzufassen.

Endlich bespricht der Verf. im Schlusssatze folgende Puncte:

1) Arten des primären Carcinoms aus der Nasenhöhle und Sinus *Highmori*:

„Unter meinen 6 Fällen sind 5 dem Plattenepithelzellenkrebs, 1 dem Cylinderzellenkrebs angehörig, also am meisten Plattenepithelzellenkrebs, ganz so wie es im Lehrbuch steht. 3 (I, II u. IV Fall) von 5 Fällen Plattenepithelzellenkrebs sind relativ häufig vorkommende Formen und stimmen in allen Eigenschaften mit einander überein. Nur bei den Fällen I und II ist die Neigung, durch den degenerativen Zerfall des centralen Teils der Alveolen canalartige Lücke zu bilden, deutlich ausgeprägt, während es beim Fall IV nicht der Fall ist. Dagegen haben die Fälle III u. V eine ganz andere structur. Geschwulstzellen in Alveolen sind bedeutend gross, und man sieht in fast allen Alveolen verhornte Epithelperlen, was alles mehr dem Cancroid der äusseren Haut entspricht. Dabei ist der Vte Fall papillo-carcinomatös. Der VIte Fall aus Cylinderzellen hat das Bild von Adenocarcinoma papilliferum gezeigt."

2) Entstehungsort:

„Nasen-oder Oberkiefercarcinomkranken besuchen uns Kliniker meist im weitvorgeschrittenen Stadium, sodass wir nicht mit Sicherheit sagen können, wo sie primär entstanden seien. Nur beim IV u. VI meiner Fälle ist die primäre Entstehung aus der Schleimhaut der Nasenscheidewand klar und unzweifelhaft. Bei den übrigen 4 Fällen konnte ich durch die klinische Untersuchung der Nasenhöhlen den primären Entstehungsort nicht eruiren. Erst nach der Obduction oder durch die Operation konnte ich mir ungefähr vorstellen, dass das Carcinom seinen primären Sitz in der Schleimhaut von Sinus *Highmori* haben muss. Nach meiner Erfahrung hat die grösste Mehrzahl von Nasencarcinom seine Quelle in der Oberkieferhöhle, woraus es secundär in die Nasenhöhle hinein wuchert. Dadurch ist auch die Thatsache leicht verstaenplich, dass das primäre Nasencarcinom nach der bisherigen Statistik am häufigsten im mittleren Muschel seinen Sitz hat, indem das Carcinom aus sinus *Highmori* gewöhnlich an der inneren (nasalen) Wand entsteht und bei seinem weiteren Wachstum bald diese dünne innere Wand durchbricht, gerade im Teil vom mittleren Muschel der Nasenhöhle erscheint."

3) Ursache und Modus der Entstehung:

" Bei meinen 6 Fällen habe ich keine Thatsache getroffen, welche für die erbliche Keimverirrungsteorie sprechen sollte. Nur bei der Häufigkeit der Fälle aus Sinus *Highmori* könnte ich vielleicht jene Debris epitheliaux paradentaires von *Malassez* präjudiciren. Allein ‚bei derartigen Fällen selbst ist es noch nicht bewiesen' wie *Yamagiwa* und *Sugihara* im I. Heft I. Jahrganges dieses Ganns betont hat, ‚dass verirrte oder embryonale Epithelzellen als solche eine direct in Carcinom umwandelnde Anlage hat, sondern verirrte Schleimhautepithelien erzeugen erst gutartige adenomatöse Geschwulst, verirrte platte Epithelzellen erst gutartiges circumscriptes Cancroid, falls die Existenz der virirrten Keime ueberhaupt beim gegebenen Falle anzunehmen ist u. s. w.' Ich möchte auch chronische und catarrhalische oder eiterige Entzündung der Nasenhöhle und Nebenhöhle derselben als die für Nasen- u. Oberkiefercarcinom eigentümliche besondere Ursache gelten lassen, obwohl ich weiss, dass solche entzündliche Erscheinungen auch in Folge von Carcinom auftreten können. So liefert mir der V Fall ein treffendes Beispiel dazu. In diessem Fall litt d. P. lange an Empyema d. Sinus *Highmori*, ohne die Symptome von bösartiger Geschwulst gezeigt zu haben. Nach der Operation habe ich erst erfahren. dass der papillomatöse Krebs schon vorhanden war. Diesen Fall deute ich derart: fortwährende Defectbildung (Geschwür) in Folge von Empyem, Regenerationsversuche der Schleimhautepithelien, Bildung von Granulationsgewebe, Wiederholung von Zerfall und Regenerationsversuch, und endliche carcinomatöse Degeneration der zur höchsten Potenz gereizten Epithelzellen. Der VI Fall könnte auch so entstanden sein. Für die übrigen Fälle von Plattenepithelzellenkrebs kann ich nur wegen der Entstehung des letzteren auf dem Boden des cylindrischen Schleimhautepithels mir annehmen, dass auch hier chronische catarrhalische oder eitrigentzündliche Processe ursaechliche Rolle gespielt haben müssen, indem solche Art Entstehung von Plattenepithelzellenkrebs auf dem Boden des cylindrischen Schleimhautepithels heutzutage nicht im Sinne von Keimverirrung, sondern gewöhnlich als Metaplasie durch die chronischen entzündlichen Reize aufgefasst wird.

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **K. Yamagiwa,** Prof. f. allgem. Pathologie und pathol. Anatomie an d. med. Facultät d. kais. Jap. Univ. z. **Tokyo.,** Beiträge zur Kenntniss der Histogenese des Carcinoms, II te Mitteilung. — Tafel III–IX. — (aus dem pathol. Institut zu **Tokyo.**)

In der ersten Mitteilung hat der Verf. mit *Sugihara* nach dem Resultat der mikroskopischen Untersuchung von 5 Fällen Magencarcinom folgende Punkte hervorgehoben: 1) Beim Magencarcinom kann man auch an den Fällen in einem nicht beginnenden Stadium selbst das Entwicklungscentrum den primären Entstehungsort,— oder wenigstens demselben nahegelegene Stelle von der secundären Wachstumszone unterscheiden, anders ausgedrückt: der primäre Entstehungsort zeigt uns den Zustand der primären Entstehung an, indem das Geschwulstparenchym da den Charakter des Muttergewebes noch beibehält.; 2) Entstehung der Carcinomzellen aus den Drüsenepithelien geschieht nicht plötzlich und auf einmal, sondern allmählig und langsam; 3) im primären Entstehungsort eröffnet das Muttergewebe die Scene zur Geschwulstbildung mit der Erlangung vom regeneratorisch-entzündlichen hyperplastischen Zustande, welcher wie am Rande der offenen Magengeschwüre durch chronische wiederholentliche Reize allmählig zur höchsten Potenz gesteigert wird, sodass es endlich carcinomatöse Heteroplasie zu Folge hat, wobei eine besondere erbliche Anlage nicht nötig zu sein scheint.

In der vorliegenden zweiten Mitteilung bezweckt der Verf. an der Hand der anatomisch-histologischen Untersuchung von: 1) einem Fall von Gastritis catarrhalis chronica cystica proliferans, 2) 7 Fällen von Magenpolyp und 3) einem Fall von Gallert-krebs des Magens im Anfangsstadium zu zeigen, dass 1) es keine nicht zu überschreitende Grenze zwischen der entzündlichen Hyperplasie und der Geschwulstbildung existirt, 2) dass die Entstehung des Carcinoms auch aus dem adenomatösen Polyp des Magens welche überhaupt relativ selten zur Beobachtung kommt, nicht auf einmal geschieht, oder dass das Carcinom sich auch hier nicht von Anfang an als Carcinom entwickelt, und 3) dass man bei dem Gallertkrebs selbst, wenn er sich in einem beginnenden Stadium befindet, seinen primären Entstehungsort mit der Structur

der Magendrüsen von der gallertigen secundären Wachstumszone sehr gut unterscheiden kann.

Fall I. Gastritis catarrhalis choronica cystica proliferans. (Tafel III. Fig. 1.)

Der Magen gehört einer männlichen Leiche im reifen Alter, welche unter der Diagnose von Kakke in's Institut zugeliefert wurde. Anatomische Diagnose lautet: Atrophie der inneren Organe, Oedema pulmonum duplex, Atelektase und Hypostase des linken Unterlappens, Pleuritis chronica adhäsiva universalis sinistra, Gastro-enteritis chronica catarrhalis, fettige Usuren an der Aortenintima, Oedema piä matris cerebri, allgemeine Wassersucht.

Ausser dem Blutbrechen kurz vor dem Tod sind bisdahin keine specifischen Magensymptome constatirt. Betrachtet man den wie gewöhnlich längs der grossen Curvatur aufgeschnittenen Magen, so fällt zuerst seine von der Norm abweichende Configuration auf. Im Gegensatz zu dem physiologischen im Grenzgebiet zwischen Pylorus u. Fundus stärker contrahirten Magen sind hier Pylorus und Fundus kleiner, während der für gewöhnlich verengter Teil zwischen beiden erwähnten Partien voluminöser ist, was aber hauptsächlich der bedeutenden Aufquellung der Mucosa im ganzen, der wurstartigen Verdickung und der wurmartigen Verschlängerung der Schleimhautfalten zurückzuführen ist, welche dazu mit einer schwer abgiessbaren dicken grauweissl.-gallertigen Schleimmasse überzogen sind. Muskelschicht ist dabai wie gewöhnlich gut contrahirt. Frei von dieser Verdickung ist die Schleimhaut der kleinen Curvatur, der cardialen Hälfte des Fundus und der kleinen duodenalen Partie der Pars pylorica.

Nach der Entfernung der gallertigen Masse sieht die Mucosa markigweiss aus, und die letztere zeigt überall, insbesondere aber in der Tiefe miliargrosse und grössere helle durchsichtige Flecke. Sonst bemerkt man unregelmässig gestaltete seichte Substanzverluste (Erosionen). In einem Teil der aufgequollenen hypertrophischen Mucosa der vorderen Wand dicht nache an der Grenze gegen die nicht hypertrophische Partie findet man ein länglich-schmales ganz zartes polyp-od. zottenartiges Gebilde mit den reichlichen stark gefüllten Gefässen. Ferner befindet sich in der hinteren Wand nahe an der Grenze gegen die nicht hypertrophische Partie des Pylorus etwa 2–3 m m. dicker ca 1 cm. hoher gallertig-halbdurchscheinender Polyp. Frische Schnitte durch

Doppelmesser haben uns gezeigt, dass jene hellen Fleke sich um Retentionscysten der in der Tiefe verlängerten und verschlängerten Drüsen handeln.

Nach der mikroskopischen Untersuchung der gehärteten Präparate, aus dem schmalen Wandstück durch den längs der grossen Curvatur und den quer darauf in der hypertrophischen Partie angelegten Schnitt erhalten, hat der Verf. constatiren können:

a) Muscularis propria ist fast intact.

b) Submucosa ist überall nahe an der Muscularis mucosä und innerhalb der Falte verdichtet.

c) Mucosa ist am Scheitel der Falten dünner, als an den Seiten derselben und im Thal der Grübchen. Die dickste Partie ist ca 4 mm dick, während nicht hypertrophische Partie erst 1. mm dick ist. In der Tiefe der hypertrophischen Mucosa nimmt man gruppirte oder isolirte verschiedengrosse cystische Gebilde wahr. Die grösseren von ihnen sind meist durch Verschmelzung entstanden und unregelmässig gestaltet. Rundliche sind höchstens miliargross oder noch etwas grösser.

d) Cysten. Es giebt oberflächlich gelegene und in der Tiefe vorkommende. Die ersteren sind meist solitär, werden in der noch nicht stark verdickten Partie der Mucosa getroffen. Sie sind als einfache Retentionscysten zu betrachten, und ihr Inhalt besteht aus einer geronnenen Masse mit einer geschichteten, streifigen Figur. Innenfläche der Cystenwand ist bald mit einer Schicht von niedrigen Cylinderepithelzellen, oder abgeplatteten Zellen, bald mit einer geschichteten abgeplatteten Epithelzellen überkleidet. (Pseudometaplasie! - Druck). Cysten in der Tiefe sind von verschiedener Grösse und Gestalt. Sie tragen bald hellen niedrigen oder hohen Cylinderepithel, bald intensiv rot gefärbten niedrigen oder hohen Cylinderepithel an der Innenfläche der Wand. Die erstere Art Cysten mit dem erweiterten Lumen und viele beisammen gruppirt erinnert den Beobachter an die Pylorusdrüsen. Die letztere Art gewährt das Bild von papillomatöser Hyperplasie. (Taf. IV. Fig. 1. K D P). Es fehlt aber auch nicht an Uebergängen von beiden Arten. Sie liegen mit ihrer Längsaxe senkrecht, also parallel derselben von physiologischen Schleimhautdrüsen oder quer auf der Muscularis mucosä. Im letzteren Falle beobachtet man an vielen Stellen diese kystoadenomatös gewucherten Drüsen so tief gegen die verdickte Muscularis mucosä hineindringen, dass die letztere fast im Begriffe ist, durchgebrochen zu

werden, und die neugebildeten Drüsen nächstens in's submucöse Gewebe hineingelangen würde.

e) Interglanduläres Gewebe. An der breiten und dicken seitlichen Mucosa der Falten ist besonders auffallend, dass die stäbchenförmigen Kerne der glatten Muskelfaser im interglandulären Gewebe im Vergleich zum intacten Magen äusserst zahlreich vertreten sind. (Taf. IV Fig 2. IGM.). Ausser diesen Kernen von den glatten Muskelfasern, welche sich zwischen der Muscularis mucosä und der Oberfläche der Mucosa hingestreckt sind, bemerkt man nicht viel Kerne von infiltrirten Zellen. An solchen Stellen sind die Gefässe fast blutleer, während die Capillargefässe in der nicht verdickten Partie der Schleimhaut manchmal strotzend gefüllt sind. Oberfläche der Schleimhaut ist noch vielfach mit einer geronnenen gallertig-schleimigen Masse bedeckt, worin sehr viele abgefallene Drüsenepithelien suspendirt liegen. (Taf. IV Fig. 5 G S.)

f) Magendrüsen. Polygonale, grosse Epithelien der specifischen Magendrüsen sind fein granulirt und durch Eosin blassröthlich gefärbt. Unter der starken Vergrösserung erfährt man fettige Degeneration der Zellen und vacuoläre Degeneration der Zellkerne oder ganz geschrumpfte Kerne. Besonders in der oberen Hälfte der Mucosa findet man ungefärbte Kerne und Verschmelzung der an einander liegenden Zellen.

Verf. deutet nun diese Befunde folgenderweise: Erstens handelt es sich hier um eine reine, chronische catarrhalische Entzündung, als deren Folge erhöhte Secretion von dicker gallertiger Schleimmasse, Hypertrophie der Schleimdrüsen und der glatten Muskelfaser im interglandulären Gewebe, Verdickung der Muscularis mucosä und der daranliegenden Schicht von Submucosa zu betrachten ist. Die Entstehung der Cysten führt dann der Verf. einmal, wie *Langerhans* seiner Zeit bei einem ganz ähnlichen Fall, auf die Retention des gallertig-schleimigen Sekrets wegen dieser zehen schwer auszuführenden Eigenschaft, und auf die Confluénz solcher dilatirten Drüsen, andersmal aber auf die active papillomatöse Wucherung der Wandepithelien von Retentionscysten zurück. Nämlich wo die Cysten nur als einfache Retentionscysten gültig sind, da zeigen sie uns einfache Dilatation durch den gestauten, geschichteten Inhalt mit abgeplatteten ein-mehrschichtigen Wandepithelien (in einer Partie mit der relativ noch schwachen Hypertrophie der Mucosa), oder kleine multiloculare Cysten mit den noch zurückgebliebenen Septen (in der stark verdickten Partie), während eine active

hyperplastische Thätigkeit von Wandepithelien der eben zuerst auch durch Secretverhaltung dilatirten Drüsen weiter das Bild von Kystoadenoma papilliferum überall zu Tage gebracht und Muscularis mucosä zum Durchbruch bedroht hat. Nur noch ein Schritt vorwärts, dann wir werden die Entstehung von Adenoma malignum sehen.

Dann folgen weiter 7 Fälle vom adenomatösen Magenpolyp.

Dabei schickt der Verf. voraus, dass man keine bestimmte Grenze zwischen dem einfachen adenomatösen Magenpolyp und Adenom ziehen kann, wenn *Borst* auch in seinem Lehrbuch betont, dass man womöglich beide scharf von einander unterscheiden müsse.

Fall II. Adenomatöser Magen-Polyp in Pars pylorica. (Taf. VI. Fig. 1.) — Präparat des pathol. Museums.

Ein ungefähr cylindrisch gestalteter Polyp von einer Ca. 1 Cm. Höhe und 5–6 mm. Breite ist solitär in der kleinen Curvatur der Pars pylorica gelegen. Oberfläche ist überall glatt und eben. Mikroskopisch hat es sich herausgestellt, dass es hier sich um einen einfachen adenomatösen Polyp handelt, und dass in der Tiefe der Mucosa über dem Polyp mehr oder weniger Verlängerung, Verschlängerung und Verzweigung der Drüsen zu constatiren ist. Durch Eosin intensiv roth gefärbte *Russel*'sche Fuchsinkörperchen und auch von *v. Hansemann* beschriebene rundliche Zellen mit dem ebenso durch Eosin roth gefärbten hyalinen Zellleib und einem kleinen Kern in der Mucosa sind beobachtet. Verf. fasst die roth gefärbte hyaline Masse als eine Art Schleim, welcher bald als Kügelchen frei im Gewebe abgelagert oder in Leucocyten oder Wanderzellen (nach dem Charakter des Kerns ersichtlich) aufgenommen worden ist.

Fall III. Multipler adenomatöser Magenpolyp. (teils beginnender Gallertkrebs.) — Tafel V. Fig. 1, Tafel VI. Fig. 2.—

Der Magen ist einer alten weiblichen Leiche angehörig. Bei der Section hat man gefunden: Nephritis parenchymatosa, Dünndarmcatarrh, Hypoplasie u. Cystenbildung des linken Leberlappens, vicarirende Hypertrophie des rechten Lappens, einfache Hypertrophie des linken Herzventricels, Schluckpneumonie, Polyposis adenomatosa multiplex ventriculi et duodeni. In der kleinen Curvatur u. zwar Ca. 7. Cm. aufwärts vom Pylorusring, also fast in der Mitte zwischen Cardia und Pylorus befinden sich ein nussgrosser Knoten, daneben einige weit kleinere Knötchen, alle mit einer glatten Oberfläche. Schnittfläche des grossen Knotens

sieht gallertig aus. Etwa 5 centimeter oberhalb von Pylorusring und zwar in der grossen Curvatur findet man auch einen kleinfingerspitzengrossen Polyp, noch einen kleineren dicht oberhalb des Pylorusrings. Weiter noch zwei ungefähr gleich grosse (Zeigefinger-Daumenspitzengrossen) Polypen sitzen im oberen wagerechten Teil von Duodenum. (Taf. V. Fig. 2.)

a) Polyp in der grossen Curvatur (Taf. VI. Fig. 2 A) hat ungefähr 8–9 mm. Höhe und Breite, ist rundlich gestaltet. Auf der Schnittfläche sieht man wie beim vorangehenden einfachen Polyp ins Innere von Polyp pyramidenartig aufsteigende Muscularis mucosä und entsprechende Submucosa, welche keine Infiltration von Geschwülstzellen und sonstige Abnormitäten zeigt. Muscularis mucosä schickt einige Muskelbalken in die verdickte Mucosa, welche in der Tiefe viele verschiedengrosse cystische Räume mit blassbläulichem homogenem Inhalt beherbergt. Unter dem Mikroskop sieht man auch in der Nähe von Polyp hie und da Retentionscyste mit den intensiv gefärbten hochcylindrischen Epithelien an der Innenfläche der Wand u. dem hellen homogenen Inhalt oder abgestossenen Epithel. In der Mucosa vom Polyp bemerkt man zuerst, dass die Drüsen nur etwas von der Oberfläche entfernt schon mehr oder weniger dilatirt sind und viele unregelmässige Formen darbieten. Ihr Lumen ist dann überall mit intensiv roth gefärbten Cylinderepithelzellen ausgefüllt. Verfolgt man das Bild in die Tiefe, so erblickt man neben den Gruppen von kleinen Drüsengängen mit den hellen kurzcylindrischen Epithelien, welche verzweigend und verschlängernd in u. zwischen den Muskelfaserbündeln hineinzuwachsen scheinen, äusserst stark dilatirte, macroskopisch schon als helle blassbläuliche Flecke sichtbare, cystische Räume, welche schleimige Masse und geringe Anzahl von abgestossenen Epithelien enthalten. Durch solche dilatirte Drüsengänge und dazwischen liegende Muskel- u. Bindegewebszüge ist die Mucosa von Polyp 3–4 fach so dick geworden, als sonst. (Taf. VI. Eig. 2. A.).

b) Grosser Prolyp der kleinen Curvatur. Das parallelstreifige Bild an der Mucosa ist in der auch mehr oder weniger hypertrophischen Nachbarschaft und an beiden Schenkeln vom Polyp regelmaessig, waehrend es am Scheitelteil vom Polyp selbst verzerrt ist, indem da auch Muscularis mucosae nicht eine einfache leicht gebogene Linie darstelit, sondern durch viele verschiedengrosse hellbla-

ssblaeulich gefaerbte Räume, welche darunter in der Basis des Knotens den Hauptbestandteil der submucoes gelegenen ungleichschenklig-dreieckigen Geschwulstmasse (Taf. VI. Fig. 2. B. b) bilden, in ein weitmaschiges Fasernetz auseinandergedraengt wird. Es gibt sogar hie u. da kurze Strecke, wo Muscularis mucosae ganz unterbrochen ist. (Taf. VI. Fig 2. B. a.). Unterhalb dieser submucösen Geschwulstmasse bleibt noch eine schmale helle lockere Zone von Submucosa auf der Muscularis propria. übrig.

Unter dem Mikroskop: Hypertrophische Stelle in der Nachbarschaft vom Polyp zeigt schon papillomatoese Wucherung der verzweigten u. verschlängerten Druesen mit den roth gefärbten hochcylindrischen Epithelzellen. Am Scheitelteil vom Polyp und zwar etwas seitlich ist die Oberflaeche etwas niedriger als die Umgebung. Man findet da wieder zwei dicht bei einander liegende Einziehungen, welche dem entsprechend senkrecht ins submucoese Gewebe sich fortsetzende schmale Spalten zeigen. Hier hat die Mucosa fast kein physiol. Aussehen; denn da sieht man nur Wirrwarr von Druesen mit intensiv roth gefaerbten hochcylindrischen Epithelzellen in aller-willkuerlichen Lagerung und im unregelmaessigen Durcheinander. Druesenlumen ist dabei mit einer gallertigen Masse und kleinen polyedrischen Epithelzellen ausgefuellt. Also schon ganz das Bild von Adenocarcinom! In der Durchbruchsstelle der Muscularis mucosä (Taf. VII. Fig. 1 E) liegt eben z. T. gallertig degenerirtes adenocarcinomatöses Gewebe und es bildet Uebergang zwischen dem ersterwähnten Geschwulstteil in Mucosa und dem submucösen Gallertkrebs, d. h. Alveolen mit gallertiger Masse und darin eingeschlossenen Haufen von kurzcylindrischen Epithelzellen. Muscularis mucosä zwischen den beiden Durchbruchsstellen ist durch eingedrungene Geschwulstalveolen auseinandergedraengt. (Taf. VII. Fig. 1. G). An den Durchbruchstellen erkennt man keine elastische Fasern u. Muskelfasern, welche nur beiderseits an der durchbrochenen Strecke und unterhalb (also submucös) davon in dem schmalen Stroma von Gallertkrebs gefunden werden. (Taf. VII. Fig. 1. E). Deutung des Befundes:

a) Hier liegt Polyposis adenomatosa multiplex ventriculi et duodeni angeborener Natur vor; denn ihre Multiplicität — nicht Metastase! — ihre Localisation, Gestalt, und histologisches Bild sprechen dafür.

b) Gemeinschaftliche Ursache (chronische Gastritis?) darauf hat zuerst bewirkt: Bildung der Retentionscysten, Atrophie der Druesen mit blassen kurzcylindrischen Epithelien, dagegen Hyperplasie der roth gefärbten hochcylindrischen Epithelzellen, weiter folgend: Entwicklung von Kystoadenoma im Polyp der grossen Curvatur (u. vielleicht auch in anderen), endlich: Entstehung vom adenomatösen Gallertkrebs in der Mucosa selbst im grossen Polyp der kleinen Curvatur. — Hier sei noch bemerkt, dass Gallertkrebs im grossen Polyp noch ganz circumscript blieb und expansives Wachstum gezeigt hat, wenn er schon in Submucosa eingedrungen ist, ferner dass kein Granulationsgewebe in der Peripherie des eingedrungenen Carcinoms zur Bildung kam.—

Fall IV. Adenomatör Polyp in der kleinen Curvatur der Pars pylorice. (Taf. V. Fig. 2, Taf. VI. Fig. 3) — Präparat des pathol. Museums.

Polyp ist in der vorderen Wand nahe an der kleinen Curvatur der Pars pylorica etwa 1.5 cm. oberhalb des Pylorusrings gelegen, und ist nussgross. Seine Oberfläche zeigt vielfach tiefe Einfurchung. Schnitt durch die Mitte des Tumors (Tafel VI. Fig. 3) zeigt eine ungefähr dreieckeige unserem sogen. dreistöckigen Tannenbaum nicht unähnliche Gestalt. Das IIIte Stock besteht aus der hypertrophischen Mucosa mit einer noch regelmässigen parallelstreifigen Anordung der Drüsenreihe und aus dem Bindegewebs — Muskelfaserbalken als Grundstock. Das darunter liegende IIte Stock hat einerseits senkrecht aufsteigenden Fortsatz der Muscularis mucosä, andererseits davon abzweigende quer verlaufende Bindegewebs — Muskelbündel als Grundstock, worauf meist radiäl gerichtete Druesenschicht überall breit sind. Nur unterhalb dieses quer verlaufenden Fortsatzes der Muscularis mucosä findet man unregelmässige Anordnung der Drüsengänge und in einem Teil da befindet sich eine intensiv violett gefärbte Stelle, welche keine streifige Figur zeigt. Das I te Stock bilden nun normale Mucosa in der directen Nachbarschaft von Polyp und beide schief ansteigende Schenkel der Schleimhaut in der Basis von Polyp. Diese Basis stellt ungefaehr eine dreieckige Gestalt (auf dem Schnitt) dar, deren beide ansteigende Schenkel fast gleich lang und deren untere submucöse Seite (Taf. VI. Fig. 3. d.) am meisten lang ist. Dieses Dreieck (Taf. VI. Fig. 3. b) ist nun neugebildetes Gewebe aus den Drüsengängen und dem Gra-

nulationsgewebe, ebenso tief violett gefärbt wie in einem oben in Mucosa beschriebenen Teil. Unter der stärkeren Vergrösserung erfährt man, dass die roth gefärbte laengste Seite des submucoesen Dreiecks aus einem unteren (äusseren) dichtfaserigen Bindegewebe und einem oberen (inneren) jungen zellreichen Granulationsgewebe (Taf. VII. Fig. 2. gn) besteht, welches den Beobachter fast ueberall dichte Anhäufung von Koernchenzellen, darin zerstreut eingebettete *Russel*'sche Körperchen und rothe hyaline Zellen wahrnehmen lässt. Dieses Granulationsgewebe geht direct in die wie Mucosa ebenso intensivröthlich — violett gefaerbte Masse des Dreiecks selbst über, welches viele künstliche Lücken und viele Drüsenlumen mit den intensiv roth gefaerbten hochcylindrischen Epithelien aufweist. Diese Drüsengänge treiben ihre Fortsätze (Taf. VII. Fig. 2. G.) in das Stroma aus Granulationsgewebe, welches meistenteils wie von Drüsenlumen umgeben zu sein scheint. Stroma enthält ausser jungen Zellen spärliche Capillargefässe, nur in einzelnen Stellen von ihm Fragmente von Muskelfasern. In der Mucosa überzeugt man sich überall davon, dass die hyperplasirenden Drüsengänge in die Tiefe gegen die Muscularis mucosä hineinzuwachsen geneigt sind.

Nach diesem Befund ist es leicht ersichtlich, dass die hyperplastischen Drüsengänge auf dem Wege ihrer fortwährenden Wucherung in die Tiefe endlich einmal irgend durch die schwächste Partie der Muscularis mucosä eingedrungen sind (vielleicht da, wo Follikel sich befindet, oder aber durch einen pathol. Defect bei einem seichten Geschwür). Interessant ist dabei, dass die heterotopischen Cylinderepithelzellen zwar auch Drüsengänge in Submucosa neugebildet haben, jedoch gegen *Ribbert*'s Ansicht in das umgebende Granulationsgewebe als Adenom oder Carcinom nicht hineinzudringen vermögen. Nein es hat sogar den Anschein, als ob die weitere Entwicklung der Drüsengänge durch das mächtige Granulationsgewebe ganz prompt gehemmt, ja wie abgeschnitten worden wäre.

Fall V. Platter adenomatöser Polyp der Pars pylorica. — (Tafel V. Fig. 3., Tafel VI. Fig. 4.) — Präparat des pathol. Museums.

Dieser Fall ist ganz ähnlich wie der Fall III. Man sieht also hier auch das Bild vom Gallertkrebs im ersten Beginn. Geschwulst ist schon in der Mucosa entstanden, durch die weniger resistente Stelle der Muscularis mucosä in Submucosa hineingedrungen (Taf. VI. Fig. 4

a.) Das Wachstum ist aber noch expansiv, und die Geschwulst zeigt gegen den angrenzenden Teil der Submucosa eine gleichmässige Grenze. Auch hier bemerkt man keine Bildung von Granulationsgewebe in der Grenzzone.

Fall VI. Platter adenomatöser Polyp der Pars pylorica — (Taf. V. Fig. 4., Taf. VI. Fig. 5) — Präparat des pathol. Museums.

Polyp ist etwa 1.5 cm. aufwaerts von Pylorusring und an der kleinen Curvatur gelegen, 50 Silbersenmünzengross. Oberfläche zeigt hueglige Erhabenheiten und dementsprechende Vertiefungen.

Mikroskopisch hat es sich erwiesen, dass dieser Polyp nur noch einfache Hyperplasie der Mucosa zeigt. Nach diesem histologischen Bild und seiner Localisation in der kleinen Curvatur d. Pars pylorica, und seiner hügligen Beschaffenheit der Oberfläche (als Zeichen der gruppenweisen Entstehung) könnte man diesen Polyp wohl als erworbene Bildung mit *Borst* „glanduläre Hyperplasie" benennen.

Fall VII. Adenomatoeser Polyp der Pars pylorica. — (Taf. V. Fig. 5, Taf. VI. Fig. 6.) — Präparat des pathol. Museums.

Polyp sitzt ca 1.8 cm aufwaerts von Pylorusring längs der kleinen Curvatur. Durch die Mitte des Knoetchens in der Längsrichtung des Magens angelegte Schnittfläche von einem ungleichseitlichen fast rhombischen Viereck ist in der Basalseite etwa 1 cm. lang, worauf unter Bildung vom scharfen Winkel also etwas schief aber parallel stehende beide Seiten von Polyp ungleich lang sind, d. h. r. Seite etwa 1. cm. u. die l. $^1/_2$ cm. lang. Der Basis diametral liegende Seite (Scheitelteil) hat die grösste Laenge und misst 1.2–1.3 Cm. Entsprechend den schiefstehenden beiden Seiten sieht man intensiv roth bis roethlich violett gefärbte verdickte Muscularis mucosä lateral von der streifigen Mucosa überkleidet vis a vis gegenüber u. parallel gegen den Scheitelteil sich aufrichten und stumpf endigen. In der mittleren Hoehe sind diese beiden Teile der Muscularis mucosae durch eine dazwischen quer geschlagene dicke narbige Bindegewebsbrücke (Taf. VI. Fig. 6. c.) verbunden. Es bilden beide Teile der Muscularis mucosä mit der Querbrücke ein H. Unterhalb dieser roth gefärbten Bindegewebsbrücke gibt es eine fast dreieckig gestaltete Höhle mit einer schlechtfärbbaren, halb erweichten Masse (Taf. VI. Fig. 6. b.). Oberhalb der Brücke liegender Teil der Mucosa ist tief violett gefärbt, gegen welchen eine schmale Spalte sich von der Oberfläche des Scheitelteils hineinsenkt.

Sonst zeigt die Mucosa überall eine richtige streifige Figur. Auffallend ist nur, dass die Mucosa über den beiden Stümpfen der Muscularis mucosä beiderseits nach aussen wie scharf abgeschnitten aussieht.

Unter dem Mikroskop erkennt man, dass die elastischen Fasern in der oben genannten Baücke fehlen und an den Stümpfen der schiefen parallel aufsteigenden Teile der Muscularis mucosä auch wie Musculatur selbst plötzlich unterbrochen sind. Nach der genaueren Betrachtung findet man erst ganz spärliche Fragmente von den elastischen Fasern innerhalb der Brücke und am unteren Rande der dereieckigen Höhle unterhalb der Brücke. Macroskopisch als intensiv violetter Heerd beschriebene Stelle der Mucosa oberhalb der Brücke erweist sich unter dem Mikroskop als bestehend aus dem mit Rundzellen infiltrirter verdickten interglandulären Bindegewebe, den vielen Quer — Schrägschnitten der Drüsenalveolen mit hohen Cylinderepithelien und aus einer von vielen abgestossenen Cylinderepithelzellen und Rundzellen ausgefüllten cystischen Höhle, gegen welche eine schmale Spalte mit dem glatten Rand und Grund hinabsinkt. Weiter jene dreieckige Höhle unterhalb der Brücke zeigt im centralen Teil neugebildete Drüsen mit den hochcylindrischen Epithelzellen und diese umgrenzendes Granulationsgewebe, in welchem hochcylindrische Epithelzellen paarweise oder isolirt zwischen den jungen Bindegewebszellen infiltrirt gefunden werden. Die Höhle ist durch die Erweichung eines Teiles von diesem neugebildeten Gewebe entstanden An dieser Höhle befindet sich unten verdichtetes Bindegewebe der Submucosa und die obere Hälfte der Muscularis propria ist auch reich an dem interfasciculären Bindegewebe.

Verf. deutet diesen Befund dahin: Bevor noch eine vollständige narbige Heilung des seichten Defectes eingetreten ist, seien die regenerativen neugebildeten Drüsen durch die unterbrochene Stelle der Muscularis mucosae in's Granulationsgewebe in der Submucosa hineingewachsen.

Die Genese des Polyps in diesem Fall ist also scheinbar ganz anders als die vorangehenden Fälle, und ganz evident, dass er auf Grundlage des seichten Substanzverlystes entstanden ist.

Fall. VIII. Symmetrischer adenomatöser Polyp in Pars pylorica. — (Taf. V. Fig. 6., Taf. VI. Fig. 7). — Präparat des pathol. Museums.

Der Polyp sitzt quer über die kleine Curvatur etwa 2 cm. oberhalb des Pylorusringes, d. h. ein kastaniengrosser Polyp auf der vorderen Wand steht durch viele Knötchen und Leiste mit einem etwas Kleineren

Polyp auf der hinteren Wand in Verbindung. Beide Polypen sind an der Oberfläche ungefähr glatt, zeigt hie und da leichte Unebenheiten.

Macroskopische Betrachtung des auf die Mitte vom grösseren Polyp angelegten Schnittes: Muscularis propria ist intact. Submucosa in der Basis des Polyps ist im allgemeinen mehr oder weniger verdichtet, aber die von der Mucosa hineingedrungene Gewebsmasse angrenzenden Partien sind besonders intensiv röthlich violett gefärbt (Taf. VI. Fig. 7. d.). Man sieht da 5. verschiedengrosse rundliche Heerde von der Geschwulst, und noch einen hell bläulich gefärbten kleineren Heerd. Der grösste Heerd in der Mitte (Taf. VI. Fig. 7. b) geht durch die oben durchbrochene beiderseits von den scharf abgeschnittenen Stuempfen der Muscularis mucosä eng begrenzte Stelle (Taf. VI. Fig. 7. a) in ein oberhalb dieser Perforationsstelle liegendes nicht regelmaessig streifiges, intensiv violett gefärbtes, teils zerfallenes Gewebe über, dessen Oberfläche bedeutend niedriger ist, als die benachbarte Mucosa. Die übrigen Geschwulstheerde sollen gewiss unter einander in Verbindung stehen und irgend wo, oder hauptsächlich durch die oben erwähnte enge Passage sich mit der Geschwulstmasse in der Mucosa zusammenhängen. Das rechtsseitige Muskelbündel an der Perforationsstelle endigt sich als ein kurzer, dicker Forsatz gegen die tiefe Schicht der Mucosa, welcher nach rechts wieder einen spitzigen Fortsatz treibt. Mucosa über disen beiden Fortsätzen ist stark hypertrophirt und stellt die rechte grössere Hälfte des Knötchens (vom grösseren Polyp der vorderen Wand) dar, wobei die Anordnung und Verteilung der Drüsengänge zwischen den verästelden Muskelbalken noch ziemlich regelmässige sind, und die Mucosa streifige Figur gewährt.

Muskelstumpf an der linken Seite der Durchbruchspforte ist von der nicht viel verdickten Mucosa überkleidet, welche bald in die benachbarte intacte Schleimhaut übergeht.

Unter dem Mikroskop.: Der grösste mittlere und der rechts benachbarte kleinere, submucöse Heerd besteht aus den adenomatösen Alveolen von Drüsengängen mit den hochcylindrischen Epithelzellen und dem Granulationsgewebe als Stroma, während 3 links gelegene kleinere Heerde nur im centralen teils erweichten Teil des Granulationsgewebes spärliche Anzahl von Druesengängen aufweisen. Weiter noch ein kleiner hellbläulich gefärbter Heerd ist ein cystisch erweiterter Druesengang mit dem Schleim zwischen den Muskelfasern in der Nähe vom

linkerseitigen Muskelstumpf. Eine bedeutende Hyperplasie derartigen adenomatösen Drüsengänge findet man zwischen den Muskelfasern in der Muscularis mucosä in der Nähe des rechtsseitigen Stumpfes und in der dementsprechenden Mucosa und Submucosa. In der directen Nachbarschaft des Knotens nimmt man jene collaterale Hyperplasie der Drüsengänge in der Tiefe von Mucosa wahr. Geschwulstmasse oberhalb der Durchbruchspforte zeigt ebenso das adenomatöse Bild, wie der unterhalb der Pforte befindliche grössere Heerd, nur so fern vom letzteren abweichend, dass Erweichung und Zerfall stärker sind, als im letzteren Orte, weiter, dass im ersteren Gewebe sehr reichliche *Russel'* sche Körperchen und roth gefärbte, hyaline Zellen darin bei gemischt vorkommen (Taf. VII. Fig. 3. HZ). Ferner sehr instructiv ist das Bild hier, welches wie die hohen Cylinderepithelien (Taf. VII. Fig. 3. c.) selbst und Drüsengänge (dieselbe Fig. DE) eine senkrechte Stellung auf den beiderseitigen Rand sowohl der Mucosa als auch der Muscularis mucosä entsprechend der Durchbruchspforte (dieselbe Fig. E) einnehmend, also beide Seiten der unterbrochenen Strecke von Muscularis mucosä und Mucosa darauf ueberkleidend auf die Innenwand des submucösen mittleren grösseren Heerdes übergehen. Zu bemerken sei noch, dass die Beschaffenheit des Granulationsgewebes um die in Submucosa eingedrungenen Heerde mit demgleichen in beiden Fällen IV und VII. ganz übereinstimmt und hier auch viele Fettkörnchenzellen beigemischt vorkommen.

Endlich deutet der Verf. diesen Fall wie folgt: „Adenom im vorliegenden Fall ist in der kleinen Curvatur der Pars pylorica symmetrisch gelegen, und ein deutlicher Defect in d. Muscularis mucosä (dem VII Fall ähnlich) ist constatirt. Diese beiden Thatsachen sprechen für die Entstehung dieses Adenoms aus dem oberflächlichen symmetrischen Geschwüre. Dieser Fall lenkt unsere Aufmerksamkeit wieder auf die Thatsache, dass die adenomatöse Wucherung nicht weiter gegen das umgebende Granulationsgewebe der Submucosa in der Tiefe geschieht, während das infiltrative Wachstum der neugebildeten Drüsengänge innerhalb der Muscularis mucosä stark vor sich geht."

Verf. resummirt nun die Befunde an 7 Fällen vom adenomatösen Magenpolyp in folgenden Sätzen:

1) „Bei einem einfachen adenomatösen Magenpolyp kann man die Verlängerung und Verzweigung der hochcylindrische, roth gefärbte

Epithelzellen tragenden Drüsengänge gegen die Muscularis mucosä und die Fortsätze der letzteren in der Mucosa deutlich wahrnehmen. Hypertrophie der Mucosa über dem Polyp rührt von dieser activen Hyperplasie der Drüsengänge her (Fall II VI), sie ist somit ganz anders als der passive Zustand bei dem papillomatösen Polyp."

2) „Adenomatöse Neubildung der Drüsen kann endlich durch die Muscularis mucosä (vielleicht durch die Stelle von Follikel oder durch die Defectstelle) in die Submucosa fortschreiten. Hier sieht man aber oft das weitere Wachstum durch das neugebildete Granulationsgewebe gehemmt werden." (Fall IV, VII, VIII).

3) „Während das weitere Wachstum in der Tiefe durch das Granulationsgewebe verhindert wird, kann der Neubildungsprvcess oben innerhalb der Muscularis mucosä weiter vor sich gehen. (Fall VIII)."

4) „Ein adenomatoeser Polyp kann seine Entstehung einem erworbenen seichten Defect verdanken (Fall VII.) Bei solchem Fall kann man es unter dem Mikroskop demonstriren, dass die Hyperplasie der Drüsenepithelien resp. Drüsengänge im Sinne der Ueberkleidung der Defectfläche geschiet." (Fall VII, VIII)

5) Bei dem Polyp mit dem Bild des schon innerhalb der Mucosa selbst entstandenen Gallertkrebses nimmt man keine Bildung von Granulationsgewebe wie in Fällen IV, VII u. VIII wahr, wenn das Carcinomgewebe auch in Submucosa eingedrungen ist, wobei es aber übrigens noch ein expansives Wachstum zeigt. (Fall III, V.)

Fall IX. Ein Fall vom beginnenden Gallertkrebs der hinteren Magenwand. — (Taf. VIII. Fig. 1, Taf. IX Fig. 1–3.)—

In seiner I. Mitteilung (1. Heft des 1. ten Jahrgangs) hat der Verf. betont, dass der primäre Entstehungsort bei schnell zerfallenden Formen, wie Gallertkrebs, relativ schnell verloren geht. Nun im vorliegenden Fall handelt es sich um einen Gallertkrebs im Anfangsstadium, wobei noch kein Zerfall eingetreten ist, und klinisch noch keine Symptome von Magenkrebs constatirt worden ist. Als eine circumscripte adenomatöse Neubildung hat es unter dem Mikroskop einen deutlichen primären Entstehungsort, den adenomatösen Heerd mit dem Granulationsgewebe gegen die Tiefe, ganz so wie in den Fällen von Polyp (Fall IV, VII, VIII) gezeigt, während daranschliessende secundäre Wachstumszone hauptsächlich in Mucosa, Muscularis mucosä und

Submucosa in der seitlichen Peripherie das Bild von Gallertkrebs darstellte.

75 Jähriger Mann, mit der klinischen Diagnose von Syringomyelie, ist am 23 ten Januar dieses J, obducirt. Anatomische Diagnose lautet: Pleuritis adhäsiva chronica dextra, Pneumonia fibrinosa dextra, Nephritis chronica interstitialis, Arteriosklerose, Perihepatitis chronica fibrosa, Muscadnussleber, multipler Magenpolyp, Zottenkrebs der Harnblase (Papillom), Ascites, spontane Gangrän der Zehen u. s. w.

Der Magen ist gut contrahirt. Pars pylorica befindet sich im Zustande von État mamelonné. In der vorderen Wand dicht oberhalb vom Pylorusring findet man einen bohnen grossen Polyp (adenomatös) an der kleinen Curvatur. An der entsprechenden hinteren Wand sieht man einen fast ebensogrossen Substanzverlust. Weiter noch ein gleich grosser Defect an der kleinen Curvatur in der Grenze der Pars pylorica gegen den Corpus ventriculi. Dicht daneben kommt wieder ein bohnengrosser Polyp (mikroskop: adenomatöser Polyp mit einem kleinen Defect an der Muscularis mucosä) vor. In der hinteren Wand, ungefähr zwischen der kleinen u. grossen Curvatur und zwischen dem Fundus und Corpus ventriculi sitzt ein aus vielen Azukibohnen — Erbsengrossen Knötchen zusammengesetzter Tumor von ca. 4 cm. Längen —,2 cm. Breitendurchmesser. Seine Oberfläche ist eben u. glatt und sieht adenomatös aus, zeigt keinen Defect an. Sonst ein subserös gelegener Myomaknoten in Cardia.

Ein Längsschnitt durch die Mitte der Geschwulst (Taf. IX. Fig. 2) hat eine Länge (der Längsaxe des Magens entsprechend) von ca 4 cm. Die Hälfte von ihnen ist am dicksten und hat 5–6 mm. Dicke, die andere Hälfte 3–4 mm. dick. In der dicksten Hälfte ist die Grenze gegen die intacte Schleimhaut, Submucosa und Muscularis ziemlich scharf, und die Geschwulst reicht in die Tiefe bis dicht auf die Muscularis propria, wo auch der Contrast zwischen dem tief-violett gefärbten Geschwulstgewebe und roth gefärbten Muskelgewebe auffallend ist. In der anderen düenneren Hälfte lässt die Basis des Tumors noch eine breite Zone vom lockeren submucösen Gewebe übrig. Da ist auch die Grenze sehr deutlich, welche (Taf. IX. Fig. 2. d.) und überhaupt die jungere Partie, d. h. solche im secundären Wachstum tief violett gefärbt ist und dichter erscheint. Ungefähr in der mittleren Hoehe im centralen Teil der dicksten Partie des Tumors findet man

roth-gefärbte dicke Balkenzüge (dieselbe Fig. b) und dazwischen liegende Alveolen mit einem blass röthlich violett gefärbten, dichten Gewebe als Inhalt (dieselbe Fig. a). Zwischen diesem centralen Teil und der erst erwähnten peripherischen Zone gelagerte Schicht besteht aus verschiedengrossen Alveolen mit einem im allgemeinen hellen, fast nicht gefärbten Parenchym und den schmalen Septen.

Unter dem Mikroskop erkennt man, dass diese helle Zone eben dem Bild des Gallertkrebses entspricht, dass Geschwülstzellen von allmöglicher Gestalt gallertige Degeneration zeigen, während die junge Wachstumszone in der Peripherie, im ganzen noch das expansive Wachstum und Infiltration von kleinen polymorphen Zellen mit dem chromatinreichen Kern zwischen den Fasern zeigt. Besonders beachtenswerth ist hier jene oben erwähnte mittlere Partie mit groben Balkenzügen und grossen Alveolen. Roth gefärbte dicke Faserzüge sind nicht nur auseinandergedrängte Muskelfasern der Muscularis mucosă, sondern in dieser Schicht und der Umgegend neugebildete narbige Bindegewebsfaser. Unterhalb dieser narbigen Stelle findet man nämlich viele im Centrum erweichte Heerde von verschiedener Grösse (Taf. IX, Fig. 3. GP) vor. In der Peripherie des grössten Heerdes nimmt man Granulationsgewebe (dieselbe Fig. gn) mit Fettkörnchenzellen, ganz sowie bei dem nämlichen submucösen Heerde an den Fällen IV., VII. oder VIII. wahr. Sowohl im erweichten Centrum, wie im Granulationsgewebe liegen zahlreiche Drüsengänge mit den roth gefärbten, hohen Cylinderepithelien als Parenchym des adenomatösen Gewebes eingebettet. Verf hält nun diese Stelle für den primären Entstehungsort, d. h. älteste Stelle dieser Geschwulst, wo man noch alte adenomatöse Zustände, Narbengewebe und Granulationsgewebe zusammenfindet, und er deutet diesen Fall dahin: In Anbetracht des Vorhandenseins von Narbe in diesem alten, den Charakter der physiologischen Magendrüsen noch beibehaltenden Heerde kann man die Entstehung des Tumors höchstwahrscheinlich darauf zurückführen, dass es da ursprünglich einen seichten Substanzverlust gab, um welchen gelegene Schleimhaut regeneratorisch — hyperplastische Drüsengänge durch den Defect in die Submucosa hinein neugebildet hat. Es ist sehr interessant hier wiederzusehen, dass das Granulationsgewebe mit Fettkörnchenzellen um die älteren im Centrum erweichten adenomatösen Heerde in der dicksten Partie das weitere Wachstum der Geschwulst in die Tiefe

der Submucosa u. in die Muscularis propria verhindert hat, während die Geschwulst oben nach der Mucosa, seitlich nach der Muscularis mucosä und Submucosa sich als Gallertkrebs entwickelt hat. In dieser Beziehung verhält sich der Fall also dem VIII Fall vom symmetrischen Magenpolyp ganz ähnlich.

Schliesslich fasst der Verf. das ganze Resultat noch einmal in folgenden Sätzen kurz zusammen:

1) „Es kann eine fast reine chronische catarrhalische Entzüendung des Magens selten eine Drüsenhyperplasie mit dem Bilde von Kystoadenoma papilliferum nach sich ziehen (Fall I), welche uns demonstrirt, dass es Keine unübersteigbare Grenze zwischen der entzündlichen Neubildung und der Geschwulstbildung existirt."

2) „Sowohl angeborene wie erworbene Magenpolypen kann man, vom histologischen Gesichtspunkte aus betrachtet, nicht vom sogen. echten Adenom unterscheiden."

3) „Drüsenhyperplasie beim adenomatösen Polyp (vielleicht in Folge vom entzündlichen Reiz) ist ein activer (Fall II–VIII), aber nicht an dem aufsteigenden Wachstum von Gefäss und Muskelfasern folgender passiver Zustand (wie bei dem papillomatösen Polyp)."

4) „Entstehung des Carcinoms aus dem adenomatösen Magenpolyp kann schon innerhalb der Mucosa geschehen (Fall III, V.)"

5) „Neugebildete Drüsen können in der Submucosa eine Zeit lang (oder dauernd) wegen der Ummauerung durch das Granulationsgewebe in ihrem weiteren Wachstum verhindert werden (Fall IV, VII)."

6) „Neugebildete Drüsen können in der Muscularis mucosä an der Durchbruchsstelle der letzteren weiter infiltrirend wachsen, während ihr Wachstum in der Submucosa sonst durch Granulationsgewebe gehemmt worden ist (Fall VIII,)."

7) „Ein Fall vom beginnenden Gallertkrebs hat auch in seinem primären Entstehungsort dem Muttergewebe ähnliche Gruppen von Drüsengängen in der Submucosa gezeigt, welche auch von Granulationsgewebe umgeben sind. Das weitere Wachstum von Krebs ist hier auch nicht in das Granulationsgewebe, sondern gegen die Mucosa, Muscularis mucosä und seitlichen Teil der Submucosa geschehen. (Fall IX)."

8) „Bei den beiden Fällen (III, V) vom in der Mucosa ent-

standenen Gallertkrebs hat man keine Bildung vom Granulationsgewebe in der Submucosa um die eingedrungene Geschwulst beobachtet."

9) „Beim Gallertkrebs konnte man im ersten Beginn auch den primären Entstehungsort von der secundären Wachstumsschicht klar unterscheiden (Fall IX)."

Erklärung der Abbildungen:

Tafel III. Fig. 1.: Photogramm des Magens im Fall I;

Tafel IV. Fig. 1–3: Photogramm aus dem Schnittpräparate aus dem Magen im I. Fall; Vergrösserung: Zeiss Ocular I, Objectiv C; MM: Muscularis mucosä; KD: Retentionscyste; KDP: Kystoadenomatöse Drüse mit papillomatöse Hyperplasie der Wand; Ob: Oberfläche der Mucosa; IGM: Glatte M. in dem interglandul. Gewebe der Mucosa; Gs: Gallertige Masse.

Tafel V. Fig. 1–6: macroskopisches Bild des Magens mit dem Polyp. vom Fall III–VIII.;

Tafel VI. Fig. 1–7.: macroskopisches Bild der Schnittpräparate vom Fall II–VIII. — halbschematisch dargestellt.; M: Mucosa; MM: Muscularis mucosä; SM: Submucosa; Musc.: Muscularis propria; a: in Fig. II. A. Adenomalveolen, sonst Durchbruchstelle der MM; b: submucöser Geschwulstheerd; c: Narbenbrücke oberhalb b.; d: Granulationsgewebe.

Tafel VII. Fig. 1–3: Vergrösserung: Leitz, Ocular I., Objectiv. 3.; Fig. 1: Photogramm aus dem Schnittpräparate vom Fall III.; E: Durchbruchstelle von MM; G: Submucöser Heerd von Gallertkrebs; Fig. 2: Photogramm aus dem Schnittpräparate vom Fall IV; SM: Submucosa; G: wie bei Fig. 1.; Gn: Granulationsgewebe; Fig. 3: Photogramm aus dem Schnittpräparate vom Fall VIII; E: wie bei Fig. 1.; DE: neugebildete Drüsen oberhalb E; C: Cylinderzellen, welche Seitenwand der Durchbruchsstelle (E) überkleiden; HZ: Hyaline Zellen; DM: neugebildete Drüsen in MM.

Tafel VIII. Fig. 1: macroskopisches Bild des Magens im Fall IX.

Tafel IX. Fig. 1 u. 3.: Photogramm aus dem Schnittpräparate vom Fall IX; Vergrösserung: Leitz, Ocular I, Objectiv 3.; Fig. 2: macroskopisches Bild des Schnittpräparates desselben Falls.; Fig. 2. M, MM, SM, Musc sind gleich bedeutend wie in

Figuren von Tafel VI; a: primärer Entstehungsort; b: Narben gewebe; c: gallertiger Teil; d: peripherische Zone; Fig 1 u. 3.: GP: primärer Entstehungsort; Gn: Granulationsgewebe um GP; GM: Gallertkrebs in Mucosa; AD: alte Drüsen.

(*Autoreferat*)

Dr. **M. Obata**, Volontairassistent des pathol. Instituts, Ueber die Art und Genese des Carcinoms von Portio vaginalis uteri. — (aus dem pathol. Institut zu **Tokyo**).

Diese Arbeit ist gewissermaassen als eine Fortsetzung derjenigen vom Referenten und *Otsuki* mit derselben Ueberschrift im II. ten Heft des I Jahrganges zu betrachten.

Verf. hat an 6 ziemlich vorgeschrittenen Fällen von Portiocarcinom, welche Prof. *Azuma* im ‚*Hamada*'-hospital gütigst uns zur Verfügung gestellt hat, eine eingehende mikroskopische Untersuchung angestellt. Nach einer detailirenden Beschreibung der Befunde fasst er das Resultat in folgenden Sätzen zusammen:

1) Art des Portiocarcinoms:

Nur der erste Fall soll als Carcinom aus Erosionsdrüsen betrachtet werden, waehrend die übrigen 5 Fälle durchgehends dem Plattenepithelzellenkrebs angehören. Es stimmt also sein Resultat mit dem unsrigen und der Angabe in der Literatur überein. Jedoch hat der VI. te Fall allein platt werdenden Charakter der Parenchymzellen in Alveolen, Vorhandensein von typischen Epithelperlen in fast allen grösseren Alveolen, starke Rundzelleninfiltration im Stroma mit dem Cancroide der äusseren Haut gemeinschaftlich. Die sonstigen 4 Fällen sind nicht typisch, haben mehr oder weniger Aehnlichkeit mit dem Cylinderzellenkrebs des I. Falls.

2) Genese des Portiocarcinoms:

Bei den vorgeschrittenen Fällen, wie bei den Fällen vom Verf. kann man nur nach der morphologischen Eigentümlichkeit der Geschwülstzellen ihre Matrix ungefähr vermuthen. Beim ersten Fall stimmt der Charakter der Cylinderzellen mit demj. der Carcinomzellen aus

Erosionsdrüsen, weshalb man die Entstehung d. Krebses in diesem Fall wohl nach *Veit* auch aus Erosionsdrüsen ableiten kann. Der 6 te Fall als typisches Cancroid muss ohne Zweifel aus dem platten Epithel des Vaginalteils von Portio entstanden sein. Die Fälle II, III. und V sind nach dem nicht typischen Character der Parenchymzellen wahrscheinlich als aus der Uebergangszone zwischen dem Vaginal- und Cervicalteil entstanden zu denken. Dagegen scheint der Plattenepithelzellenkrebs im IV Fall seine Entstehung einer Metaplasie der Epithelien von der Cervicalschleimhaut zu verdanken, indem hier die obere Hälfte der Geschwülst typische Carcinomperlen und platte Zellen in ihren Alveolen zeigt, während die untere Hälfte davon frei ist.

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **R. Kawamura,** I Assistent des pathologischen Instituts, Ueber die Arten des Lungenkrebses nebst einigen Bemerkungen zur Histogenese desselben. — Tafel X Fig. 1–3 — (aus dem pathologischen Institut zu **Tokyo**).

Nach der Vorausschickung einer kurzen Bemerkung über die Häufigkeit und Arten vom Lungenkrebs führt der Verf. seine eigenen 5 Fälle an. Bei jedem Falle giebt er zuerst Krankengeschichte an, Sektionsprotocoll wieder, und dann beschreibt er das makroskopische Verhalten von der Geschwulst und Nachbarschaft. Schliesslich kommen eingehende mikroskopische Betrachtungen und Epikrise an die Reihe.

Fall I (Taf. X. Fig 1–2): 51 j. Mann sei unter der Diagnose von Lungenphthise behandelt gewesen. Durch die Obduction am nächstfolgenden Tage nach dem letalen Ende des Patienten ($^{9}/_{VI}$ 1907) hat der Verf. constatiren können: Primären Krebs aus dem Unterlappen d. l. Lunge, seine subpleurale Dissemination an der letzteren, Metastasen in den Rippen, linksseitigen Bronchial–u. Mediastialdrüsen, der Leber u. Colon ascendens; Pleuritis exsudativa haemorrhagica sinistra; Bronchitis et Peribronchitis chronica fibrosa; Gastritis chronica catarrhalis; Nephritis parenchymatosa u. s. w.

Geschwulst selbst ist hühnereigross und sitzt vorn unten am l.

Unterlappen, und zwar auf der vorderen mediastinalen Seite ist sie oben an der Grenze leicht eingeschnürt, sonst nur etwas erhaben, während sie auf der unteren Fläche gegen Diaphragma kuglig gewölbt ist. Die Grenze gegen das umgebende Parenchym ist nicht scharf. Pleura pulmonalis über die Geschwulst ist im allgemeinen verdickt, z. T. narbig, z. T. aber tritt die Tumormasse frei zu Tage. Schnittfläche des Tumors zeigt oben schiefrig indurierte Partie, in der Mitte bräunlich-grauweissliche Stelle. Die zuführenden Bronchialäste gehen in diese schwielige centrale Schicht des Tumors verloren. Hie und da sieht man Reste von Lungenalveolen. Mikroskopisch hat der Verf. festgestellt, dass der Tumor aus den Alveolen mit den auf der Wand cylindrischen nach dem Centrum zu abplattenden Epithelzellen als Parenchym und dem bindegewebigen Stroma stellenweise Lungensepta (Taf. X. Fig. 2 ¤′) selbst besteht (Organmimicry), weshalb der Verf. diesen Fall dem Basalzellenkrebs von *Krompecher* parallel stellte. Es fand nämlich weder verhornte Perlen, noch Stachel-Riffzellen vor. Bemerkenswert ist nun der Befund, dass die Geschwulstzellen (Taf. X. Fig. 1 [¤]) in der Nähe von der centralen schwieligen Stelle (Taf. X Fig. 1 [⌒]) eine etwas andere Beschaffenheit und Anordnung zeigen, als sonst, d. h. sie behalten noch typischen Charakter der einfach hyperplastischen Epithelzellen von den übriggebliebenen Bronchiolen und Alveolen bei. Man sieht da noch einige unregelmässige Lumen wohl als Reste von präexistirten Bronchiolen und Alveolen. Weiter, Uebergänge von diesen mehr typischen Epithelzellen in solche echt carcinomatösen der peripheren Wachstumszone sind überall wahrzunehmen. Abgesehen davon, ob das centrale schwielige Gewebe mit Verkäsung als Lungengummi oder Effekt vom sonstigen chronischen, circumskripten indurierten Process zu betrachten sei, deutet der Verf. die Genese in vorliegendem Fall ungefähr so, dass nach dem obigen mikroskopischen Befunde, wie wir hyperplastische Wucherung der Alveolarepithelien oder solche von Bronchiolen im indurierten Herde als gewöhnliches Vorkommniss kennen, auch hier an den Epithelzellen von Alveolen oder Bronchiolen in der indurirten centralen Partie zuerst aufgetretene hyperplastische Vorgänge endlich carcinomatöse Heteroplasie zu Falge hatten.

Fall II.: 67 j. Frau von einem Kaufmann. Ihre Eltern seien an Apoplexie im hohen Alter gestorben. Den Ehegatten hat sie an Lungenphthisis verloren. Im 50ten Lebensalter litt sie an einer allgemeinen

Mattigkeit, dem Schüttelfrost mit dem hohen Fieber, und dem Husten mit Sputum, wovon sie sich nach der 15 tägigen ärztlichen Behandlung erholt hat. Seither hat sie ab und zu Husten u. Sputa, besonders in jedem Winter Anfall von Athembeschwerde bei der Exspirationszeit u. Herzklopfen. Der letzte Anfall ist am 8. Juni 1906 eingetreten, wobei man ausser Athembeschwerde und Hrerzklopfen Oedem an dem Gesicht, der Brust und oberen Extremität constatirt hat. Seit September 1906 hat die Patientin noch starke Füllung der Halsvenen, Drüsenanschwellung in beiden Supraclaviculargruben, Heiserkeit der Stimme, Schwere in beiden Schultern bemerkt. In solchem Zustande ist die Patientin am $^{10}/_{XI}$ d. J. in die Klinik d. Herrn Prof. *Aoyama*'s aufgenommen. Bei der Aufnahme ist ausser den erwähnten Symptomen noch festgestellt, dass rechtes Stimmband gelähmt ist, Thoraxwand vorn oben am Sternum gedämpften Percussionsschall gibt-faustgrosser Schatten nach Bestrahlung mit den Röntgen-Strahlen in Medianlinie —, hinten oben neben der Wirbelsäule etwas resistent, überall trockene Rasseln, rechts hinten oben Bronchialathmungsgeräusch hörbar sind, und dass der Urin kein Eiweiss enthält u. s. w. Am 7. Februar 1907 ist im II Intercostalraum, und zwar in der l. Parasternallinie eine kindsfaustgrosse circumscripte ödematöse Anschwellung aufgetreten. Seit dem 9. Februar hat die Athembeschwerde stark zugenommen und die Patientin hat über die Verengerung des Oesophagus geklagt. Unter Zunahme aller Symptome, besonders Cyanose am Halstheil, Oedem der oberen Extremitat, Vermehrung und Vergrösserung der Halsdrüsenanschwellung ist Exitus latalis am $^{30}/_{V}$ eingetreten. Anatomische Diagnose nach der am folgenden Tage vorgenommenen Sektion lautet: Carcinom des Oberlappens der rechten Lunge, sein Durchbruch in den rechten Bronchus und die oberen Aeste des letzteren, Metastasen in den beiden Bronchial-und Supraclaviculardrüsen, Compressionsstenose d. rechten Hauptastes von A pulmonalis, V. cava superior und Durchbruch der Geschwulst in die letztere; Emphysema pulmonum duplex, Bronchitis et Peribronchitis chronica fibrosa im Oberlappen d. r. Lunge, Pleuritis chronica fibrosa adhäsiva; braune Atrophie des Herzens und der Leber; Dilatation d. r. Herzventrikels; allgemeine Staung u. Wassersucht u. s. w.

Dem klinischen Bilde entsprechend hat die Geschwulst sich vom Hilus d. r. Lunge gegen den oberen Mediastinalraum längs der grossen gefässstämme diese einbettend und nach hinten oben um die Spitze d. r. Oberlappens ausgebreitet. Sie ist im Hilustheil mehr reich am grauweissen transparenten Bindegewebe.

Nach der mikroskopischen Untersuchung glaubt d. Verf., dass dieser Fall auch zu dem nicht verhornenden Plattenepithelkrebs gezählt werden muss, indem alle Alveolen, welche kein Lumen besitzen, beinahe spindelförmige Epithelzellen in der Peripherie, blassgefärbte polygonale grosse Zellen im centralen Teil haben. Verf. hält nun diesen Fall besonders deshalb für einen Plattenepithelkrebs aus dem verirrten Keim in der Hilusgegend, wie bei den Fällen von *Siegelt* und *Reiche*, weil der Tumor hauptsächlich ausserhalb der Lunge sitzt, und der Tumor in der Lunge mehr secundäres Wachstum zeigt.

Fall III.: 33 j. Frau eines Elfenbeinschnitzers hat keine Heredität. Von der Kindheit auf sei die Patientin kerngesund, niemals an einer nennenswerten Krankheit gelitten. Seit der Mitte Juni des vorigen Jahres (1907) hatte nun die Patientin eine beständige Athembeschwerde zu beklagen, ohne Frage ob sie ruhig sitzt oder sich bewegt. Am Anfang Juli hat sie einen spontanen Schmerz erst im rechten, weiter auch im linken Thorax empfunden. Ferner hat die Patientin im Beginn Juni eine sich allmählig vergrössernde anfangs indolente, später schmerzhaft gewordene Erhabenheit mit der Borke an der hinteren Fläche des linken Vorderarmes bemerkt. Eine ähnliche Erhabenheit ist am Anfang Juli auf der oberen lateralen Seite d. r. Oberarmes entstanden und sehr schmerzhaft. Auch habe die P. dieselbe derbe Geschwulst vor einem Monate an der l. II Rippe gefunden. So hat die Athemnoth allmählig zugenommen. Seit August hat die P. Husten mit Sputa gehabt. Mit der neuen Klage über den spontanen Schmerz am Rücken seit Anfang Januar d. J. (1908) ausser den oben erwähnten Symptomen ist die P. am 8/I 1908 in die klinik d. Herrn Prof. *Trisawa's* aufgenommen. Am heftigen Husten leidende Patientin in der orthopneuischen Lage hat cyanotisch-ödematöses Gesicht. Man hat bei der Aufnahme ausser den schon beschriebenen Zeichen noch bestätigt: Thoraxwand gibt überall gedämpften Percussionsschall, Athmungsgeräusch ist rauh, vorn von dem III Intercostalraum abwärts, hinten subscapular ist es ganz schwach oder nicht hörbar, kein Stimmfremitus.

Durch die am selben Tage des Todes (25/I 1908) ausgeführte Obduction sind gefunden: Luugenkrebs aus der Wand des rechten Bronchus, Metastase in den Lymphdrüsen im vorderen und hinteren Mediastinalraum, in der l. Lunge, am Zwerchfell, in der Leber, im Magen und Darm, in den Mesenteriallymphdrüsen, beiden Nieren und

der äusseren Haut; Haemopericard, Trübung des Myocards; Meningitis hämorrhagica, carcinomatosa cerebralis dextra; Atelectase d. r. Lunge; Stauung und fettige Degeneration der Leber.

Der enteneigrosse derbe Tumor sitzt im Hilusteil der r. Lunge, welche stark retrahiert und fast ganz im atelectatischen Zustande ist. Macht man mit der Scheere Trachea und rechten Bronchus von hinten auf, so erblickt man, dass die knotige Geschwulstmasse etwa zwei Centimeter unterhalb der Bifurcationsstelle ins Bronchiallumen hineinragt. Bronchialäste für den Ober-und Mittellappen sind grösstenteils durch den Tumor zerstört, oder man sieht hie und da noch Fragmente von Knorpel als Residuum von der Bronchialwand. Gegen das Innere des Lungengewebes selbst verbreitet sich der Tumor besonders längs der Bronchialverzweigung, wobei er jedoch noch das expansive Wachstum zeigt. Nach unten medianwärts bricht er in Pericardialhöhle durch, und er ist mit der hinteren Wand des Atriums verwachsen. A. pulmonalis ist ebenso in die Geschwulstmasse hineingezogen. So steht der Tumor andererseits mit der Packette von angeschwollenen carcinomatös indurirten Lymphdrüsen im vorderen Mediastinalraum im Zusammenhang. Geschwulst selbst ist im ganzen reich am grauweisslichen faserigen Bindegewebe, welches grauweisslich-gelblichweissliches Geschwulstparenchym umgrenzt.

Mikroskopisch: Tumor besteht aus Alveolen von verschiedener Grösse, welche von den polyedrischen, protoplasmareichen Zellen mit blassem blasigem Kern ausgefüllt sind. Sie zeigen vielfach schleimige Degeneration, und viele Alveolen enthalten nur mit einzelnen Geschwulstzellen suspendirte geronnene Schleimmasse. Ferner bemerkt man auch regelmässig mit den cubischen Epithelzellen rosetteuartig umgebenes Lumen mit dem schleimigen Inhalt, welcher wohl als das Sekret der Wandzellen zu betrachten ist. Stroma ist überall mächtig entwickelt und hält die Alveolen fern aus einander und ist teils hyalin degenerirt, theils schleimig infiltrirt. Schleimhaut der Bronchien verhält sich überall passiv, ist vom eindringenden Tumor zerstört. Nun als einen höchst auffallenden Befund hebt der Verf. hervor, dass es in manchen Alveolen besonders grosse durch Eosin intensiv gelblich röthlich, nach der *Van Giesson*'schen Methode gelblich-bräunlich gefärbte Zellen mit einem blassen, wie aufgequollen aussehenden Kern bald isoliert bald gruppirt vorkommen, und zwar derart, dass solche Epithelzellen sich, teilweies

mit den deutlichen Stacheln versehen, inmitten der cubischen Epithelzellen, welche überall zur Schleimsekretion oder zur schleimigen Degeneration geneigt sind, also ohne Uebergangsbilder ganz unvermittelt vorfinden, gerade so, als ob fremdartige Zellen künstlich in den Drüsenzellenhaufen hineingeschoben worden wären. Solche Beimengung von Plattenepithelzellen hat der Verf. nur im alten Herde mit dem am Bindegewebe besonders reichen Stroma, aber nicht in der perpherischen Wachstumszone und in den Metastasen getroffen. Wie kann man diesen Befund erklären? Der Verf. ist nach der Ausschliessung von Combination des Adenocarcinoms und Plattenepithelzellenkrebses, der Keimesverirrung, der Metaplasie im gewöhnlichen Sinne und der Katabiose *Weigert's* endlich zu dem Gedanken gekommen: diese unvermittelte Hineinlagerung von echten platten Epithelzellen in den cubisch-cylindrischen Drüsenepithelien in den Alveolen von Adenocarcinoma darf man wohl im Angesicht von der erwähnten Erscheinungsform und beim Fehlen von metaplastischen Uebergangsbildern, von dem hyperplastischen Zustande der platten Epithelzellen als eine Art Atavismus „onkologischen Atavismus" bezeichnen, d. h. Lungenparenchym (Alveolarepithelien) und Schleimhautepithelien der Trachea und Bronchien sind nichts anders als Nachkommen von Epithelien des Vorderdarmes, woraus auch Plattenepithelzellen der Mundhöhle und des Oesophagus hervorgehen. Demnach besitzen die Lungenalveolar-Tracheal-und Bronchialepithelien auch eine Anlage, platte Epithelzellen zu produciren. Lungenalveolarepithelien sind ja physiologisch platt. Es nimmt also keinen Wunder, dass das Lungencancroid aus ihnen öfters beobachtet wird. Folglich ist es auch wohl denkbar, dass einmal aus den höher differenzirten Bronchialepithelien platte Epithelzellen entstehen. Und wenn diese Entdifferenzierung im engeren Sinne an einzelnen Drüsenepithelzellen plötzlich zu Tage tritt, so kann man gewiss das Nebeneinandervorkommen von Drüsenepithelien und platten Epithelzellen wahrnehmen. Diese Erscheinung hat eben der Verf. mit dem Atavismus verglichen. So möchte der Verf. eine unvermittelte, plötzliche Metaplasie einen „oncologischen Atavismus" nennen und echte Metaplasie als eine Anpassungsthätigkeit der Epithelzellen begreifen, wodurch sie, wenn sie in ein bestimmtes Medium geraten sind, ihre vererbte Anlage zur Entfaltung bringen. Warum man aber dieser merkwürdigen Erscheinung nur im alten Herde, aber nicht in Metastasen begegnet, das erklärt

der Verf. dadurch, dass die anaplastischen Geschwulstzellen in der Metastase ihren erblichen Character verloren und eine einseitige Wachstumstendenz als Adeno-carcinom erworben haben.

Fall IV.: 43 j. Mann. Als Kind war er schwächlich, in seinem 36 ten Lebensjahre hat er Geschwür am Glans penis und Bubo gehabt. Am $^{10}/_{II}$ des vorigen Jahres (1907) hatte d. P. Erkältungsgefühl und über allg. Mattigkeit geklagt. Seitdem hat d. P. Husten und Sputum; Appetit ist herabgesunken. Am $^{10}/_{III}$ desselben J. empfand d. P. ein Spannungsgefühl und einen dumpfen Schmerz am l. Scapulartheil. Damals fand er auch einen taubeneigrossen etwas schmerzhaften Tumor in d. l. Achselhöhle. Am $^{21}/_{IV}$ bekam d. P. plötzlich beim Gehen ein ziehendes Gefühl, einen dumpfen Schmerz und eine Schwäche an der oberen Extremität. Diese Schwäche nimmt allmählig zu, welcher sich noch Paresthesie und ein anfallsweiser stechender Schmerz an beiden Extremitäten rechts hinzugesellten. Solche Gefühle traten seit Anfang Mai auch an der l. unteren Extremität ein. Von dieser Zeit an konnte d. P. nicht mehr aufstehen, er ist bettlägerig, und hat Incontinentia urinä und eine hartnäckige Verstopfung. Am $^{7}/_{V}$ hatte d. P. beim heftigen Hustenanfall Hämoptö (ca, $^{1}/_{3}$ L. Blut.) Seither ab und zu blutige Sputa. Um diese Zeit hat d. P. einen Tumor auf der lateralen Seite d. r. Oberschenkels und auch am linksseitigen Rücken einen derben Tumor bemerkt. Bei der Aufnahme in die Klinik d. Herrn Prof. *Aoyama's* hat man ferner in beiden Supraclaviculargruben einige taubeneigrosse, elastisch – harte, und schwer verschiebbare Tumoren gefühlt, welche druckempfindlich sind.

Lunge: r. vorn von der IV Rippe abwärts gedämpft, da fast kein Athmungsgeräusch hörbar und Stimmfremitus schwach; r. hinten von der Mitte Scapula abwärts gedämpft, Athmungsgeräusch da ganz schwach; l. percutorisch u. auscultatorisch verhält's sich wie gewöhnlich. In der l. Fossa iliaca sind viele taubeneigrosse harte Knoten hindurchgefühlt.; Wirbelsäule ist fast überall druckempfindlich. Herabsetzung der Sensibilität an der Schleimhaut d. r. Hälfte von der Mundhöhle; r. untere Extremität ist gänzlich gelähmt, an der linken kann d. P. nur eine schwache Streckung und Beugung ausführen. Während des Aufenthaltes im Hospital ist zweimal durch die Punktion blutige Flüssigkeit aus der Pleurahöhle erhalten. Durch Bestrahlung mit den Röntgen — Strahlen bekam man einen verticalgestellten dunklen Schatten

an der rechten Parasternallinie, wo man einen gedämpft — tympanitischen Schall wahrnahm. Unter Zunahme der Dämpfung am Thorax ist d. P. am $^{30}/_{V}$ gestorben.

Durch die am selben Tage vorgenommene Obduction sind constatiert: Carcinom aus dem Mittellappen der rechten Lunge, Atelectase der letzteren, Metastase in Lunge, Mediastinaldrüsen, Rippen, Wirbelkörper, vielen Skelettmuskeln, Leber u. l. Niere; Atrophie u. Degeneration des Rückenmarks zwischen der oberen Partie vom Halsmark bis zum unteren Teil Dorsalmarks; Distomiasis hepatis leichten Grades; degenerative Atrophie des Herzens, abnorme Sehnenfäden, Milztumer; trübe Schwellung, geringfügige Zunahme des Interstitiums beider Nieren.

Der Tumor sitzt nahe am freien Rande des r. Mittellappens, ist von derber Consistenz. Schnittfläche ist im allgemeinen grauweiss und markig beschaffen. Hie und da sieht man Alveolarbau, hämorrhagische und auch cystisch erweichte Herde. Der Tumor wächst gegen die Umgebung hauptsächlich expansiv, teilweise aber infiltrativ. Präparate aus der Peripherie des Haupttumors (Primärherds) und aus den Metastasen zeigen lockeres oder dichtes Fasernetz, dessen Maschen mit den polymorphen Zellen ausgefüllt sind, was auf einmal den Beobachter an ein Alveolarsarcom erinnert. Geschwulstzellen mit blasigem Kerne sind in ihrer Grösse und Form äusserst mannigfaltig. Man nimmt auch viele Mitosen an ihnen wahr. Im allgemeinen sind die Zellen, welche auf der Wand sitzen, intensiv gefärbt. Stroma ist im ganzen gefäss u. zellenreich, sodass stellenweise, wo die Geschwulstzellen ganz infiltrativ u. gruppenweise zwischen den Fasern mit den jungen Bindegewebszellen oder Rundzellen beigemischt sind, eine Diagnose auf Drüsenzellenkrebs schwer möglich erscheint. Man findet auch Hämorrhagie zwischen den Geschwulstzellen, Verkäsung und schleimige Degeneration von den letzteren. Nach alledem hat der Verf. diesen Tumor als einen atypischen, rapidwachsenden Drüsenzellenkrebs diagnostitiert.

Fall V. 54 j. Wagenzieher. Seine Mutter soll in ihrem 55ten Lebesjahre an einer Krankheit der Luftwege gestorben sein. D. P. sei von der Kindheit auf schwächlich. Vom 13ten April d. vorigen J. (1907) an soll d. P. an den Schüttelfrostanfällen mit dem nachfolgenden Fieber und allgemeiner Mattigkeit gelitten sein. Nach

10 Tagen sei d. P. davon geheilt. Aber es traten diese Anfälle am Anfang Mai wieder auf, welche seither d. P. quälen. Bei einem grossen Hustenstoss in der Mitte Mai hat d. P. eine schlecht u. widrig riechende Masse expectorirt, und die Menge vom schlecht riechenden Sputum vermehrt sich, aber ohne Beimengung von Blut. Bei der Aufnahme in die Klinik d. Herrn Prof. *Aoyama's* am $^{20}/_{VIII}$ d. vorigen Jahres ist weiter constatirt: Die Patientin ist cachectisch, schwer erkrankt, hat platten Thorax, Athembeschwerde; Lunge: L. vorn fast ganz gedämpft und resistent, Athmungsgeräusch ist da sehr schwach, l. hinten oben bis zum Dornfortsatz des IV. Dorsalwirbelkörpers gedämpft, abwärts davon etwas kurz, Athmungsgeräusch schwach. Nach dem Röntgen — Bilde ist ein dichter, dunkler Schatten von der Spitze der l. Lunge bis zur VII Rippe links in der vorderen Axillarlinie wahrgenommen.

Nach der Aufnahme klagt d. P. jeden Nachmittag über Frösteln. Am 6ten Februar hat d. P. ein verengtes Gefühl im Oesophagus. Exitus letalis am $^{15}/_{II}$ 1908.

Anatomische Diagnose nach der am nächst folgenden Tage ausgeführten Sektion heisst: Carcinom aus dem Oberlappen der l. Lunge, Einbruch der Geschwulst ins Herzbeutel, Verengerung und Durchwachsung d. V. pulmonalis durch die eindringende Tumormasse; viele bronchiectatische Höhlen im l. Oberlappen; gangränöse Höhle, dieser benachbarte Pneumonie, u. Atelectase des Unterlappens d. l. Lunge; Pleuritis adhäsiva universalis sinistra; Metastase in Mediastinaldrüsen; verkalkte Herde in d. r. Bronchialdrüsen; bullöses Emphysem d. r. Lunge; catarrhal. Pneumonie d. r. Unterlappens, Pleuritis adhäsiva fibrosa circumscripta dextra; Pericarditis serofibrinosa; Distomiasis hepatis u. s. w.

Auf dem grossen Frontalschnitt d. l. Lunge sicht man, dass ein fast kindskopfgrosser grösstentheils leicht zerreissbarer, gelblich — weisslicher, z. T. fibröser, z. T. verkäster Herd in der Mitte des Oberlappens liegt, welch letzterer, überall von der Mitte comprimirt, sich als eine bis kaum 2 cm breite Randzone übrigbleibt. Die mediane untere Partie dieses Herdes ist grauweiss und relativ noch gut erhalten, zeigt Alveolarbau, und geht in die Tumormasse im Herzbeutel über. Perpherisches comprimirtes Lungenparenchym ist grösstenteils in verschiedengrosse Höhlen mit schiefrig indurirten Septen umgewandelt. Diese Höhlen entsprechen den ektatischen Bronchien.

Geschwulstzellen sind einmal kurzcylindrisch, und reich an Protoplasma, machen oft zweireihige Stränge, werden im Centralteil der grösseren Alveolen polygonal. An manchen Stellen bemerkt man auch rosettenartig angeordnete Geschwulstzellen. Andersmal sind die Zellen von ganz verschiedener Gestalt, blass gefärbt. Ihr Kern ist dabei chromatinreich. Sie machen bald Stränge, bald grosse Alveolen, wachsen bald infiltrirend.

Verf. deutet nun diesen Fall dahin: Es bestand früher Bronchiectasie und gangränescirende Entzündung mit der Pleuritis adhäsiva als chronische Processe seit lange her. Nun auf einem solchen Boden sei erst Cylinderzellenkrebs entstanden, welcher sich dann nachträglich in Drüsenzellenkrebs umwandelte.

Im folgenden seien endlich wichtige Punkte von der Zusammenfassung des Verf's, kurz wiedergegeben:

1) Localisation, Geschlecht u. Alter: (a) wie es im Lehrbuche steht, so haben 3 unter 5 Fällen vom primären Lungenkrebse Verfasser's in der r Lunge seinen Sitz. (b) Ebenso mehr beim männlichen Geschlecht: ♂ 3: ♀ 2, wie bei den vielen bisherigen Publicationen (nach *Hasse* ♂ 17: ♀ 5; nach *Reinhard* ♂ 16: ♀ 11). (c) Betreffs des Alters gehören 4 Fälle dem Lebensalter über dem 4 ten Decenium. (d) 3 Fälle sitzen im Lungenhilus oder nahe am Hilus Nur der Fall I hat seinen Sitz im Unter—der Fall IV im Mittellappen.

2) Arten: Fall I. und II. haben als nicht verhornender Plattenepithelkrebs eine grosse Aehnlichkeit mit dem Basalzellenkrebs *Krompecher*'s. Im III Fall hat der Verf. inmitten der Drüsenzellenhaufen in den Alveolen von Adenocarcinom eine unvermittelte Einschaltung von verhornenden Stachelzellen beobachtet. Diese Erscheinung hat der Verf. mit dem Ausdruck: „onkologischer Atavismus" bezeichnet. Der IV Fall ist ein atypischer schnell wachsender Drüsenzellenkrebs, welcher auf einmal sarcomatöses Aussehen gewährt. Der V Fall gehört zum Cylinderzellenkrebs, welcher später mehr den Charakter von Drüsenzellenkrebs annahm. Es sind also Plattenepithelkrebs von I. u. II., Adenocarcinom vom III., u. Cylinderzellenkrebs vom V Fall dem primären Lungencarcinom als gewöhnliche Form, Drüsenzellenkrebs vom IV Fall aber als seltene Art zu erachten.

3) Genese: Beim I. Fall scheint jene schwielige Stelle im Centrum des Tumors, wo man die Uebergänge von der einfachen

Hyperplasie der da übriggebliebenen Alveolarepithelien und Epithelien der Bronchiolen in die echte carcinomatöse Heteroplasie wahrnehmen konnte, den primären Entstehungsort darzustellen. Der Primärherd beim II. Fall liegt im Lungenhilus und zwar wahrscheinlich ausserhalb der Lunge. Dabei ist der Zellentypus Plattenepithel. Demnach glaubt der Verf., dass das Carcinom in diesem II. Fall seine Entstehung dem verirrten Keim verdanken soll. Bei den übrigen Fällen ist das Wachstum soweit vorgeschritten, dass man schwer erraten kann, aus welcher Matrix sie entstanden seien. Allein der III. Fall zeigt uns jene Partie mit Alveolen, welche Stachelzellen beherbergen, als die älteste Stelle an. Wegen der Entstehungsursache kann der Verf. auch nur beim Fall I und V soviel behaupten, dass der chronisch entzündliche Zustand im centralen schwieligen Teil vom ersten Fall wohl Epithelien der übriggebliebenen Alveolen und Bronchiolen zur Geschwulstbildung gereizt haben muss und dass im V. Fall Bronchiectasie und dem folgende gangränescierende Entzündung eben auch eine Ursache für die Entstehung des Carcinoms gegeben haben werden.

4) Degeneration. Wegen der Communication der Lunge mit der äusseren Luft ist das Lungencarcinom zu einem frühen gangraenösen Zerfall geneigt. Bei den Fällen von Verf. ist aber diese Lungengangraen nicht so auffallend stark. Sonst fand d. Verf. Nekrose u. Verkäsung (Fall I., II. u. V.), und schleimige Degeneration von Geschwulstzellen (Fall III. u. IV. z. T.).

5) Wachstum und Metastase: Unter anderen sei hier besonders zu erwähnen, dass die Geschwulstzellen in den Lungenalveolen überall einen zu ihrem Wachstum geeigneten Boden finden, das eigenartige Bild von Organmimicry zeigen. Ferner verbreiten sie sich, abgesehen von mittelst der Lymph–u. Blutwege, sehr gern innerhalb der Bronchiallumen. Verf. bemerkt noch endlich, dass er eine collaterale Hyperplasie der Endothelzellen beim Eindringen der Carcinomzellen in die Lymphgefässe nicht beobachtet hat.

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **H. Tokuoka**, Militairstabsarzt, z. Zeit commandirt zur chirurgischen Klinik d. Herrn Prof. **S. Sato** d. Kais. Univ. z. **Tokyo**, Ueber einen Fall vom combinirten Auftreten von Carcinom und Endotheliom in einer und derselben Brustdrüse.—Tafel XI. Fig. 1–3— (aus der chirurgischen Klinik d. Herrn Prof. **S. Sato** z. **Tokyo**)

In der Einleitung führt der Verfasser zum Belege für die grösste Häufigkeit des Carcinoms unter den Geschwülsten der Mamma zuerst eine Tabelle an, welche das Resultat der mikroskopischen Untersuchung von 74 Fällen in der chirurgischen Klinik aufgehobener Geschwulst der Brustdrüse darstellt.

Art der Geschwulst	Fälle	%
Carcinoma	66	89,2
Fibroma	3	
Sarcoma	2	
Adenoma	1	10,8
Fibroadenoma	1	
Kystoadenoma	1	
Summa	74	100

Es entspricht also ungefähr der Statistik von *Billroth*, *Gross* u. A. (82–85 % der Mammageschwulst sei Corcinom).

Die sonstigen Geschwülste, besonders aber Endothelioma mammä sei sehr selten, und bei uns in *Japan* gebe nur einen Fall von Hämangioendothelioma, welchen *Yamagiwa* publicirt hat. Einmal die grosse Rarität des Endothelioma, andermal seine Combination mit dem Carcinom als ein noch weit selteneres Vorkommniss haben den Verf. veranlasst den vorliegenden Fall zu veröffentlichen.

Eine 63. J. 11 Monate alte Frau sei von der Kindheit an kräftig gewachsen. Im 19. Lebensjahre hat die Patietin sich verheiratet, und ein Kind geboren, welches nach einem Lebensmonat starb. — Ob sie darnach vielleicht als Amme gestillt hat oder nicht, war nicht erkundigt. — Keine Heredität ist nachweisbar. Im Herbst ihres 61 ten Lebensjahres (1902) hat sie oben lateral (rechts) an d. r. Brustdrüse eine ca.

taubeneigrosse Anschwellung bemerkt, ohne eine Ursache dazu vermuten zu können. Die P. hatte kein Fieber, über keinen Schmerz geklagt. Der Tumor ist geneigt, allmählig zu wachsen, blieb aber isolirt, ohne eine Verfärbung darüberziehender Haut zu zeigen. Weil die Geschwulst weiter keine Symptome machte, so ist sie ohne Behandlung unberührt gelassen. Nun aber ist sie um Mai 1904 fast ebensogross geworden, wie bei der Aufnahme in die chirurg. Klinik am Ende Juni 1904. Sie ist ferner mit der Haut verwachsen, welche jetzt Rötung zeigt. Auch hatte die P. da Spannungsgefühl und Schmerzen. Nach einigen Tagen ist der Tumor unten median von selbst durchgebrochen, und es ist mässige Menge vom dicken Eiter heraus-gekommen. Dieser Eiterabfluss fand nach einigen Wochen noch einmal statt, wodurch der Schmerz nachgelassen habe.

Vor der Operation am $^{29}/_{VI.}$ 1904: Rechte Mamma ist im ganzen nach medianwärts abgeneigt, fast Kindskopfgross und hat eine solche kegelförmige Gestalt, wie eine cylindrische Glocke. Oberfläche des Tumors ist im allgemein glatt, mit der Haut verwachsen, welche gerötet ist. Auf der inneren Seite der Brustdrüse dicht an dem Warzenhof befindet sich eine Perforationsöffnung. Aus diesem Fistelgang entleert der Tumor immer eine geringe Menge eitrige Flüssigkeit, welche durch Anpressen des Tumors an der unteren, lateralen Seite vermehrt werden kann. Consistenz des letzteren ist im allgemeinen elastischweich, rechts mehr oder weniger fluctuirend. Es ist weniger druckempfindlich. Der Tumor als ganzes ist gegen die Unterlage verschieblich. Einige rechten Achseldrüsen sind bohnengross angeschwollen, welche von einander ganz isolirt sind, und glatte Oberfläche zeigen. Am 4 ten Juli desselben Jahres ist unter der Narcose die Exstirpation der r. Mamma und Ausräumung d. r. Achselhöhle ausgeführt. Am 19 ten August ist die P. geheilt entlassen.

Anatomische u. histologische Betrachtung des exstirpirten Tumors: Ein grosser Schnitt ist durch die Mitte des Tumors von Brustwarze senkrecht gegen die Basalfläche angelegt. Auf dieser Schnittfläche fällt dem Beobachter zuerst eine ganz andere Beschaffenheit der basilaren tieferen Zone (Tafel XI. Fig. 1. E) und oberflächlichen Schicht (dieselbe Fig. C) auf. In der Grenze beider Teile befindet sich stets ein faseriges Gewebe, sodass sie makroskopisch sich ziemlich scharf von einander unterscheiden lassen. Dieses dichtfaserige Gewebe treibt Fortsätze gegen

beide Seiten und bildet das Interstitium beider Teile. Die tiefere Zone ist überall glatt und gleichmässig homogen beschaffen, zeigt hie und da kleine Blutungen, während die oberflächliche Schicht, der Brustwarze näherer Teil, einen deutlichen Alveolarbau darbietet. Unter dem Mikroskop hat es sich denn auch erwiesen, dass überall reichliche epithelioide Zellen von verschiedener Form und Grösse, auch mehrkernige Riesenzellen im Präparate aus der tieferen Zone zerstreut oder gruppirt vorhanden sind. Eigentümlich ist dabei ihre Neigung, Zellenstränge und Netze zu bilden, indem die Zellen durch feine Fortsätze sich mit einander in Verbindung stehen (Tafel XI. Fig. 2). Im Angesicht der gleichzeitigen Hyperplasie der Endothelzellen der Lymphgefässe und Saftlücke an vielen Stellen der tieferen Zone kann man sich leicht davon überzeugen, dass die Geschwulstzellen hier nichit anders als Abkömmlinge von den hyperplastischen Endothelien sind. Man sieht ja directe Uebergänge von den einfach hyperplastischen Endothelzellenzügen und Geschwulstzellensträngen. Dagegen besteht die oberflächliche Schicht aus dem Drüsenzellenkrebs (Tafel XI. Fig. 3). Als die äussere Hülle des ganzen Tumors findet man ferner eine dichtfaserige, alte, narbige Schicht, worin noch Ueberbleibsel von Milchdrüsen eingebettet liegen, welche teils zum weiteren Zerfall geneigt sind, teils im hyperplastischen Zustande sich befinden.

Nur in der Grenzzone bilden beide Teile eine Zickzacklinie, indem sie da gegenseitig mehr oder weniger ihre Grenze überschreiten. Nur etwas entfernt von dieser Grenzlinie besteht die oberflächliche Schicht aus dem reinen carcinomatösen Gewebe, die tiefere allein aus dem Endotheliom. Der vorliegende Tumor ist also eine ganz reine Combinationsgeschwulst, und hat ganz anderes Aussehen, als Carcinoma endotheliomatodes oder Carcinoma sarcomatodes. Achseldrüsenpräparate haben noch keine Carcinom-oder Endotheliommetastasen gezeigt.

Nun nach einer kurzen Auseinandersetzung über die Definition und den Unterschied von Mischgeschwulst und Combinationsgeschwulst, weiter nach der Anführung von den Beispielen der Mischgeschwulste wie Sarcoma carcinomatodes nach *Poulson*, Carcinoma u. Sarcoma derselben Brustdrüse nach *Dorsch*, Carcinoma u. Riesenzellensarcoma nach *Schlagenhaufer.*, auch Maussarcom auf dem mit Carcinom geimpften Boden nach *Ehrlich* kommt der Verf. zu dem Schluss:

1) dass sein Fall vom combinirten Auftreten von Carcinoma u. Endothelioma in einer u. derselben Mamma einzig da steht;

2) dass zuerst das Endotheliom im tieferen Teil entstanden sein muss, während das Carcinom erst später zur Entwicklung kam; denn sonst ist die Thatsache schwer verständlich, dass die Achseldrüsen noch keine Carcinommetastasen zeigen, indem dabei das Endotheliom schon in der tiefen Schicht verbreitet ist, welch letzteres relativ gutartiger ist, als das Carcinom;

3) dass das dichtfaserige Bindegewebe, bald als äussere Hülle des ganzen Tumors, bald als Stroma beider Teile des Tumors wohl wahrschein lich früher als beide Tumoren bestand und gewiss als Folge von einer ganz chronischen interstitiellen Mastitis betrachtet werden muss;

4) dass demnach hier in diesem Falle das Carcinom in einer nahen Vergangenheit entweder durch den Reiz von Seiten des Endothelioms oder sowohl Carcinom als auch Endotheliom auf dem narbigen Boden durch eine (chronischentzündliche) gemeinschaftliche Ursache entstanden sei;

5) dass nach dem histologischen Bilde das Endotheliom hier als Lymphendothelioma interfasciculare aufgefasst werden soll.

(*K. Yamagiwa.*)

Ein kurzer Bericht über die Begründung der Gesellschaft für die Krebsforschung in *Japan* und die Verhandlungen ihrer I. ten wissenschaftlichen Versammlung.

A. Uebersicht über die Stiftungsfeier der Gesellschaft für die Krebsforschung und die Verhandlungen in beiden Sitzungen der I. wissenschaftlichen Versammlung derselben Gesellschaft:

I. Vorbereitende Sitzung: Berathung und Beschlussfassung der Statuten (nach der Vorlage des vorbereitenden Comités), Wahl u. s. w.

II. Begründungsfeier der Gesellschaft für die Krebsforschung.

III. Erste wissenschaftliche Versammlung.

I. Vorbereitende Sitzung ist von 1 Uhr Nachmittags am 2 ten April 1908 unter Teilnahme der anwesenden Mitglieder, die sich bis zu diesem Tage angemeldet haben, im Auditorium des pathologischen Instituts der kaiserl. Univers. zu **Tokyo** gehalten:

1) Eröffnung durch den Herrn Prof. Dr. **W. Okada,** Hakushi d. Med., Mitglied des vorbereitenden Comités,

2) Bericht über den Verlauf bis zu der Begründung der Gesellschaft für die Krebsforschung durch den Herrn Marinegeneralstabsarzt, Dr. **T. Honda,** Hakushi d. Med., Mitglied des vorbereitenden Comites.

3) Berathung und Resolution der Statuten.

4) Wahl des Vorsitzenden, des stellvertretenden Vorsitzenden, und des Ausschusses.

II. Gleich daranschliessend ist die Begründung der Gesellschaft für die Krebsforschung in der Gegenwart von Herrn Ministern, vielen Gelehrten, und sonstigen Celebritäten ausser den anwesenden Mitgliedern in demselben Hörsaal gefeiert:

Eröffnung durch den Herrn Vorsitzenden, Dekan der Tokyo med. Facultät, Prof. Dr. **Aoyama,** Hakushi d. Med.

Begrüssung durch Se Excellenz den Herrn Minister für die Erziehung, Baron **Makino.**

Begrüssung durch Se Excellenz den Herrn Minister des Innern **Hara.**

Begrüssung durch Se Magnificienz den Herrn Rector, Baron **Hamao.**

Begrüssung durch den Herrn Director des Instituts für die Forschung der Infectionskrankheiten, Dr. **Kitasato,** Hakushi d. Med.

Begrüssung durch Se Excellenz den Herrn Vorstand des Handelshauses zu **Tokyo,** Baron **Shibusawa.**

Danksagung durch den Herrn Stellvertretenden Vorsitzenden, Director der Marine-medical-Academie, Dr. **Honda**, Hakushi d. Med.

III. Nach einer Pause von ca 20 Minuten sind in der I. Sitzung der ersten wissenschaftlichen Versammlung von 3 bis 5 Uhr Nachmittags in demselben Hörsaal folgende Vorträge gehalten:

1) Herr **K. Yamagiwa** (**Tokyo**): Meine Anschauung über Carcinom.

2) Herr **Y. Fuzikawa** (**Tokyo**): Etimologie des Wortes „癌" (Gann).

3) Herr **A. Sata** (**Osaka**): Zusammenfassender Bericht über Immunisirungsversuche gegen Carcinom in neuerer Zeit.

4) Herr **M. Kinoshita** (**Tokyo**): Statistischer Bericht über das Carcinom im gynäcologischen Gebiet.

Schluss der I. Sitzung um 5 Uhr Nachmittags. In der II. Sitzung am nächstfolgenden Tage, 3 ten April von halb 10 bis 12 ½ Uhr Vormittags sind noch folgende Vorträge im gleichen Institute gehalten:

5) Herr **Okada** (**Tokyo**): Der therapeutische Werth der Chirurgie gegen den Krebs im oberen Luftwege.

6) Herr **A. Fuzinami** (**Kioto**): Krebsforschung und die vergleichende Pathologie.

7) Herr **T. Honda** (**Tokyo**): Ueber einen Fall von Spätrecidiv.

8) Schlusswort des Stellvertretenden Vorsitzenden.

Schluss der II. Sitzung um halb 12 Uhr Vormittags.

B. Auszug aus den Statuten der Gesellschaft für die Krebsforschung:

Die Gesellschaft hat den Zweck, Thätigkeiten der Krebsforschung in *Japan* zu befördern.

Zur Ausführung dieses Zweckes veranstaltet die Gesellschaft (1) eine jährlich einmal stattfindende wissenschaftliche Versammlung, und sie verteilt den Mitgliedern Verhandlungen der Gesellschaft. Ferner hat die Gesellschaft (2) die Realisirung der Stiftung von Krebsheilanstalt und Institut für die Krebsforschung, auch (3) die Krebsbetreffende Preisschrift anzuregen zu ihrer Aufgabe, wofür sie sich bemüht, zuerst einen dazu nötigen Fonds durch die Beiträge der Mitglieder und die Spende reicher Familien zu schaffen.

Der Vorstand besteht aus:

a) einem Vorsitzenden,

b) „ Stellvertretenden Vorsitzenden,

c) dem Ausschuss, welcher eine nicht bestimmte Anzahl von Mitgliedern hat, und

d) dem Geschäftscomité, ebenfalls mit einer unbestimmten Anzahl von Mitgliedern.

Jedes Mitglied der Gesellschaft zahlt einen jährlichen Beitrag von 6 Yen.

Die Gesellschaft veranstaltet eine regelmässige, einmalige Jahresversammlung im April, und auch zeitlich nicht bestimmbare Versammlungen, wenn solche gerade notwendig sind.

Verhandlungen der Gesellschaft werden vorläufig auf „Gann" berichtet und dieses letztere wird folglich den Mitgliedern verteilt.

Die wissenschaftliche Versammlung der Gesellschaft wird jährlich einmal anschliessend an der Jahresversammlung gehalten.

C. Mitglieder:

I. Vorstand:

1) Vorsitzender:
Herr Dr. T. Aoyama, Prof., Dekan d. med. Facultät d. kais. Univ. z. Tokyo, Hakushi d. Med.;

2) Stellvertretender Vorsitzender:

Herr Dr. T. Honda, Marinegeneralstabsarzt, Director d. Marine-med.-Academie, Hakushi d. Med.;

3) Geschäftscomité:

Herr Dr. Haga, Generalarzt in d. Jap. Armee, Director d. Militair-med.-Akademie, Hakushi d. Med., Herr Dr. Nagayo, Hakushi d. Med. (Generalsekretair), Herr Dr. Hosono (Kassenführer), Herr Dr. Okada, Prof., Hakushi d. Med., Herr Dr. Kawakami, Herr Dr. Yamagiwa, Prof., Hakushi d. Med., Dr. Fuzikawa, Dr. Shiga, Hakushi d. Med.;

4) Ausschuss:

Herr Dr. T. Irisawa, Prof., Hakushi d. Med.,
„ „ E. Haga, Generalarzt in d. Jap. Armee, Director d. Militair-med-Akademie, Hakushi der Med. (Geschäftscomité),
„ „ K. Hayashi,
„ „ N. Nishiyama,
„ „ S. Hosono (Kassenführer)
„ „ T. Hondō, Generaloberarzt,
„ „ K. Dohi, Prof., Hakushi d. Med.,
„ „ C. Tōyama, Ingenieur d. Hygiene d. Stadt Tokyo, Hakushi d. Med.,
„ „ G. Oka, Leibarzt, Hakushi d. Med.,
„ „ M. Ogata, Prof, Hakushi d. Med.,
„ „ G. Kawakami, (Geschäftscomité),
„ „ Y. Fuzikawa, (Geschäftscomité).
„ „ T. Kondō, Prof., Hakushi d. Med.,
„ „ B. Asakura, Hakushi d. Med.,
„ „ R. Akiyama, Oberstabsarzt in d. Jap. Armee,
„ „ S. Azuma, Hakushi d. Med.,
„ „ S. Satō, Baron, Generalstabsarzt in d. Jap. Armee, Medicinalrath in d. Centralbehörde von Chorea, Hakushi d. Med.,
„ „ T. Satō, Hakushi d. Med.,
„ „ S. Kitasato, Director des Instituts für d. Forschung der Infectionskrankheiten, Hakushi d. Med.,
„ „ S. Miyamoto,
„ „ K. Miura, Prof., Hakushi d. Med.

Herr Dr. M. Miura, Prof., Hakushi d. Med.
„ „ K. Miyasima, Hakushi d. Med.
„ „ K. Shiga, Hakushi d. Med.
„ „ M. Hirai, Generalarzt in d. Jap. Armee.

II. Mitglieder:

Herr	Dr.	T. Irisawa, Prof., Hakushi d. Med.,	Tokyo
„	„	E. Ikeda,	„
„	„	T. Iwai,	„
„	„	H. Iwasa,	„
„	„	S. Iwasaki, Marinegeneralarzt	„
„	„	F. Inoue,	„
„	„	M. Ikebe, Leibarzt.	„
„	„	E. Haga, Generalarzt in d. Jap. Armee, Director d. Militairmedicalacademie, Hakushi d. Med.,	„
„	„	K. Hayashi,	„
„	„	S. Hashimoto,	„
„	„	G. Hamada, Prof. e. m., Hakushi d. Med.,	„
„	„	Y. Hagiwara,	„
„	„	N. Nishiyama,	„
„	„	T. Honda, Marinegeneralstabsarzt, Director d. Marinemedicalakademie, Hakushi d. Med.,	„
„	„	T. Hondō, Generaloberarzt,	„
„	„	S. Hosono,	„
„	„	K. Dohi, Prof., Hakushi d. Med.,	„
„	„	C. Tōyama, Ingenieur der Hygiene der Stadt Tokyo, Hakushi d. Med.,	„
„	„	N. Toriyama,	„
„	„	K. Totsuka, Generaloberarzt,	„
„	„	G. Oka, Leibarzt, Hakushi d. Med.,	„
„	„	W. Okada, Prof., Hakushi d. Med.,	„
„	„	M. Ogata, Prof., Hakushi d. Med.,	„
„	„	T. Okamoto,	„
„	„	E. Ōmori,	„
„	„	E. Okada, Hakushi d. Med.,	„

Herr Dr. K. Wada, Tokyo
„ „ T. Kashiwamura, Leibarzt, Hakushi d. Med., „
„ „ E. Kanasugi, Hakushi d. Med., „
„ „ G. Kawakami, „
„ „ K. Yoshida, „
„ „ I. Yoshisawa, „
„ „ K. Takagi, Baron, Marinegeneralstabsarzt, Hakushi d. Med., „
„ „ K. Takagi, „
„ „ Y. Tashiro, Prof., Hakushi d. Med., „
„ „ M. Tamura, „
„ „ K. Takada, „
„ „ K. Takiguchi, „
„ „ T. Taguchi, „
„ „ T. Tsuruda, Generalarzt, „
„ „ S. Nagayo, Hakushi d. Med., „
„ „ T. Nakahama, Hakushi d. Med., „
„ „ H. Uno, Prof. e. m., Hakushi d. Med., „
„ „ T. Kurimoto, Hakushi d. Med., „
„ „ T. Kuroiwa, Arzt d. Jap. rothen Kreuz-hospitals, „
„ „ K. Kusuda, „
„ „ S. Kuboda, Director der hygien. Behörde im Ministerium d. Inn., „
„ „ K. Yamagiwa, Prof., Hakushi d. Med., „
„ „ M. Yamane, Mitglied des Abgeordnetenhauses im Parlament., „
„ „ T. Yabe, Marinegeneralarzt, „
„ „ K. Yamakami, „
„ „ Y. Matsuyama, „
„ „ Y. Fuzikawa, „
„ „ T. Kondō, Prof., Hakushi d. Med., „
„ „ O. Terada, „
„ „ T. Aoyama, Prof., Dekan d. med. Facultät zu Tokyo, Hakushi d. Med., „
„ „ B. Asakura, Hakushi d. Med., „
„ „ S. Azuma, Hakushi d. Med., „
„ „ R. Akiyama, Oberstabsarzt, „
„ „ R. Amenomiya, Marineoberstabsarzt „

Herr Dr. S. Akutsu, Hakushi d. Med., Tokyo
„ „ E. Asabuki, „
„ „ S. Satō, Prof., Hakushi d. Med., „
„ „ T. Satō, Hakushi d. Med., „
„ „ T. Satō, „
„ „ Y. Saitō, „
„ „ M. Sasaki, Prof. e. m., Hakushi d. Med., „
„ „ S. Satō, Militairgeneralstabsarzt, Medicinalrath der Central.-behörde von Chorea, Hakushi d. med., „
„ „ Y. Saneyoshi, Vicomte, Marinegeneralstabsarzt, Hakushi d. Med., „
„ „ T. Sawaki, „
„ „ S. Kitasato, Director des Instituts für die Forschung der Infectionskrankheiten, Hakushi d. Med., „
„ „ M. Kinoshita, Prof., Hakushi d. M., „
„ „ S. Kimura, „
„ „ S. Kikuchi, „
„ „ S. Kitamura, „
„ „ T. Kimura, Hakushi d. Med., „
„ „ M. Miura, Prof., Hakushi d. Med., „
„ „ K. Miura, Prof., Hakushi d. Med., „
„ „ K. Miyazima, Hakushi d. Med., „
„ „ S. Miwa, Prof., Hakushi d. Med., „
„ „ S. Miyamoto, Prof., „
„ „ T. Miyata, „
„ „ K. Shiga, Hakushi d. Med. „
„ „ T. Shidachi, „
„ „ M. Hirai, Generalarzt in d. Jap. Armee. „
„ „ I. Mōri, „
„ „ K. Mochizuki, Marine-Generaloberarzt, „
„ „ S. Suzuki, „
„ „ G. Sugiyama, „
„ „ K. Suzuki, Generalstabsarzt der Marine, Hakushi d. Med., „
„ „ S. Inoko, Prof., Hakushi d. Med. Kiōto

Herr Dr. S. Izima, Oberstabsarzt, Yokosuka
„ „ S. Imai, Nagano
„ „ R. Ikèda, Prof. an d. med. Hochschule, Kiōto
„ „ I. Iso, Sendai
„ „ R. Inada, Prof., Hakushi d. Med., Fukuoka
„ „ T. Imai, Tsu
„ „ T. Inoue, Saitama
„ „ Z. Inoue, Prof. an d. med. Hochschule, Chiba
„ „ T. Hattori, Ōsaka
„ „ C. Hayashikawa, Mitasiri
„ „ S. Nishiyama, Akita
„ „ R. Tōsio, Ōsaka
„ „ M. Ogata, Hakushi d. Med., „
„ „ K. Okada, Hakushi d. Med., Generalarzt, Shiga
„ „ S. Ogata, Ōsaka
„ „ S. Ogawa, Prof. an d. med. Hochschule, Nagoya
„ „ Y. Ōta, Marine Generalarzt, Saseo
„ „ S. Ōtaka, Generaloberarzt, Otsu
„ „ S. Ōtani, Hakushi d. Med., Nagasaki
„ „ Y. Ōkuro, Saga
„ „ B. Oka, Gunma
„ „ R. Ogiu, Hakushi d. Med, Prof. an d. med. Hochschule, Chiba
„ „ K. Watanabe, Yoneko
„ „ M. Kasahara, Prof., Hakushi d. Med., Kioto
„ „ F. Katsurada, Prof. an d. med. Hochschule, Hakushi d. Med., Okayama
„ „ K. Kawashima, Oberstabsarzt, Hiroshima
„ „ H. Kawana, Tateyama
„ „ T. Yoshida, Akita
„ „ K. Taniguchi, Hakushi d. Med., Nagaoka
„ „ K. Takasu, Prof. an d. med. Hochschule, Hakushi d. Med., Osaka
„ „ N. Taniguchi, Director d. med. Hochschule, Hakushi d. Med., Kumamoto
„ „ D. Takahashi, Prof. an d. med. Hochschule, Nagoya
„ „ K. Tanaka, Akita

Herr Dr. Y. Tsutsui, Prof. an d. med. Hochschule, Hakushi d. Med., Chiba
„ „ H. Tsuruzaki, Hiōgo
„ „ Y. Negoro, Marine-General-Oberarzt, Maizuru
„ „ A. Naramura, Komatsugawa
„ „ T. Nakawo, Marinegeneralarzt, Saseo
„ „ K. Nakanishi, Prof., Hakushi d. Med., Kioto
„ „ D. Nagasawa, Hikone
„ „ K. Naka, Prof., Hakushi d. Med., Fukuoka
„ „ S. Nagasue, Oberstabsarzt, Kioto
„ „ S. Muramatsu, Kōfu
„ „ E. Muya, Iwamizawa
„ „ T. Uwematsu, Kioto
„ „ S. Nosse, Generaloberarzt, Hakushi d. Med., Chorea
„ „ K. Kumagai, Director d. med. Hochschule, Nagoya
„ „ K. Kunishige, Kokura
„ „ E. Yamamoto, Marineoberstabsarzt, Yokosuka
„ „ S. Yamagishi, Marinegeneralarzt, Maizuru
„ „ C. Yamagata, Director d. med. Hochschule, Hakushi d. Med, Sendai
„ „ R. Yamashita, Ichinomiya
„ „ S. Maruyama, Wakayama
„ „ D. Matsuoka, Prof., Hakushi d. Med., Kioto
„ „ I. Furukawa, Hakushi d. Med., Tokushima
„ „ A. Fuzinami, Prof., Hakushi d. Med., Kioto
„ „ K. Kosaka, Gifu
„ „ K. Satō, Hakushi d. Med. Nagoya
„ „ K. Sawada, Hakushi d. Med., Niigata
„ „ A. Sata, Prof. an d. med. Hochschule, Hakushi d. Med., Ōsaka
„ „ R. Saiki, Kioto
„ „ K. Sasaki, Kanazawa
„ „ S. Sakamoto, Kōbe
„ „ R. Saigi, Senju
„ „ K. Saitō, Marinestabsarzt, Yokosuka
„ „ Y. Sasaki, Chorea
„ „ O. Kitagawa, Hakushi d. Med., Nagoya

Herr Dr. Y. Kiyono, Ōsaka
„ „ T. Kikuchi, Hakushi d. Med., Generalstabsarzt, III. Rang d. Generalleutenant, Hiōgo
„ „ G. Yukawa, Ōsaka
„ „ K. Minaguchi, „
„ „ K. Mizuno, Fukushima
„ „ Z. Misumi, Prof. an d. med. Hochschule, Kumamoto
„ „ S. Miyake, Prof., Hakushi d. Med., Fukuoka
„ „ S. Shimamura, Director d. med. Hochschule, Hakushi d. Med., Kioto
„ „ M. Hikita, Hiroshima
„ „ S. Hiraga, China
„ „ Z. Mochizuki, Prof. an d. med. Hochschule, Kioto
„ „ F. Sekiba, Sapporo
„ „ G. Sugitachi, Morioka
„ „ K. Sugimoto, Oberstabsarzt, Hamina

D. Referate der Vorträge in den beiden Sitzungen der I wissenschaftlichen Versammlung.

1) Meine Anschauung über Carcinom. von Prof. Dr. **K. Yamagiwa** (**Tokyo**).

Seit *Thiersch-Waldeyer* weiss man, dass die Carcinomzellen, wenn sie auch so sehr bösartig d. h. so stark proliferationsfähig sind, nicht nur überall im Körperteil der Patienten, wohin sie gelangen, sondern auch im zweiten Thierkörper unter d. gleichen Species nach der Impfung weiter wachsen zu können, eben auch Nachkommen vom physiologischen Deckepithel oder Drüsenepithel sind. Wie die Epithelzellen aber jene mächtige grenzenlose Wucherungsfähigkeit als Carcinomzellen zur Entfaltung bringen können, das hat bekanntlich *Virchow* seiner Zeit durch die Einwirkung der änsseren Reize in einer gewissen Stärke und Grösse zu erklären versucht, während sein Schuler *Cohnheim* es auf das Vorhandensein von embryonaler Anlage als verirrte Keime zurückzuführen versucht hat. Später hat *Ribbert* nach diesem *Cohnheim*'schen Princip der Keimesverirrung seine Hypothese über die Verlagerung der regenera-

tionsfähigen Epithelzellen (im Sinne der Lostrennung von dem natürlichen Verbande) ins zelliggewordene Gewebe post partum als Histogenese des Carcinoms aufgestellt. *Marchand, Borst* u. A. nehmen carcinomatöse Prädisposition gewisser Epithelzellen selbst in der physiologischen Lage als notwendig an. Andererseits behaupten *Hauser, von Hansemann* in erster Linie, dass die primäre carcinomatöse Umwandlung (oder Degeneration) der Epithelzellen als den neuen erworbenen Character zur Entstehung des Carcinoms absolut unentbehrlich ist. Jedenfalls sind folgende Thatsachen:

1) dass je nach dem Entstehungsort wir mit den ebensoviel verschiedenen Arten von Carcinom zu thun haben,
2) dass die Metastasen des Carcinoms durch die weitere Protiferation der Carcinomzellen aus dem primären Herde gebildet werden, und die Epithelzellen im Orte mit Metastasen daran sich nicht beteiligen, während es bei der Granulationsgeschwulst gerade die Bindegewebszellen an der Stelle selbst sind, welche durch den Reiz von Infectionserregern Tuberkel, Gummi, Lepra-knoten u. s. w. erzeugen, und
3) dass die Entwickelungsweise des Carcinoms mit dergleichen von gutartiger Epithelialgeschwulst und mit der einfachen entzündlichen oder regeneratorischen Hyperplasie eine grosse Aehnlichkeit habe, — heutzutage als feststehend zu betrachten.

Besonders diese letztere Thatsache und die spätere Umwandlung einer gutartigen Epithelialgeschwulst in eine bösartige ist sowohl klinisch als auch anatomisch schon öfters beobachtet und hinreichend nachgewiesen. Der Redner selbst habe sich nach seiner histologischen Untersuchung von verschiedenem Geschwulstmaterial davon überzeugt, dass man keinen principiellen Unterschied zwischen der Entwicklung von Carcinom und der entzündlich-regeneratorischen Hyperplasie finden kann, dass es auch keine angeborene Carcinomzellen giebt, und endlich, dass die Entwicklung des Carcinoms für gewöhnlich ganz allmählig geschieht und zwar dass das Carcinom meistenteils durch chronische wiederholentliche entzündlichregeneratorische Reize auf die gutartige Epithelialgeschwulst oder auf Epithel im einfach hyperplastischen Zustande zur Entwicklung kommt. Um diese seine Behauptung zu erläutern, hat er das Resultat von der microskopischen Betrachtung der 5 Fälle vom adenomatösen Magenpolyp und eines Falls vom beginnenden Gallertkrebs

des Magens kurz besprochen. (Genaueres davon ist im Autoreferate des Originalaufsatzes: „Beiträge zur Kenntniss der Histogenese des Carcinoms II. Mitteil." von Prof. *K. Yamagiwa* dargelegt.) Von dieser Anschauung aus wird man das Carcinom nach dem folgenden Princip bekämpfen müssen:

1) In der Hinsicht von Prophylaxis:
   a) Eine womöglich schnelle Beseitigung jeglicher chronischentzündlichen Zustände.
   b) Immunisirung gegen das Carcinom. Frage ist dabei, ob die Immunität gegen eine Art Carcinom auch für alle Arten gültig ist.

2) Was die Therapie anbetrifft, so sind es nur zwei Wege einzuschreiten. Nämlich:
   a) frühzeitige Diagnose-stellung und operative Entfernung oder Vernichtung der Geschwulst durch die Wirkung von X — oder Radiumstrahlen u. s. w.
   b) Als specifische Therapie: Anwendung vom Princip der Hämolyse resp. Cytolyse.

(*Autoreferat*)

---

2) Etimologie des Wortes „Gann" (癌) von Dr. **Y. Fuzikawa** (**Tokyo**).

Redner bespricht ganz kurz davon, dass man früher sowohl in *Japan* als auch in *China* das Wort „癌" nicht hatte und dieses chinesische Wort wahrscheinlich erst zur Zeit der Dynastie von *Soh*-宗 nach dem Symbol: „疒" (Krankheit) auf „嵒" (Gestein) im Vergleiche des knollig angeschwollenen Mammacarcinoms mit dem Gesteine gebildet worden und jetzt nur in *Japan* im Gebrauch ist, sodass man im chinesisch resp. japanischen Wörterbuch noch kein Wort „癌" finden wird.

(*K. Yamagiwa*)

---

3) Zusammenfassender Bericht über Immunisirungsversuche gegen Carcinom in der neueren Zeit. von Prof. Dr. **A. Sata** (**Ōsaka**).

Nach der Vorausschickung seiner Ansicht, dass die Hoffnung, durch die Anwendung des Princips vom antitoxischen, bakteriolytischen auch cytolytischen Serum auf die Therapie des Carcinoms das letztere heilen zu können, schwer realisirt werden könne, indem nach seinem Thierexperiment durch die Injection vom Nephrotoxin, oder Hepatotoxin, oder auch Nervotoxin haltigen Serum keine specifische Auflösung der dem Serum entsprechenden Gewebszellen erzielt werden kann, sondern gleichzeitig auch andere Gewebszellen mitangegriffen werden (also bei der Injection von Nephrotoxin nicht nur Nierenepithelien, sondern auch Leberzellen befallen), sodass die Injection vom carcinotoxinhaltigen Serum im Falle bei der dadurch gelungenen Zerstörung der Carcinomzellen auch andere Gewebszellen mitbeschädigt werden wird, oder sodass klinisch beim Gebrauch von Serum mit einer nur das weitere Wachstum der Geschwulst hemmenden Giftigkeit keine Wirkung in kurzer Zeit beobachtet werden kann, trotzdem andererseits schon durch ein so schwaches Serum selbst Eiweiss im Urin nachgewiesen wird, — erstattet der Redner in seiner ihm eigenen Beredsamkeit einen ausführlichen Bericht über die Resultate der Immunisirungsversuche beim tierischen Carcinom von vielen Autoren in neuerer Zeit. So sind die Namen wie *Hanau, Morau, Jensen, Borrel, Michaelis, Bashford* u. A. m. angeführt. Extra aber von dem Resultate der Immunisirungsversuche *Ehrlich's* an Mauscarcinom eingehenderweise besprochen. So namentlich von dem Procentsatz der positiven Impfung, der Veränderlichkeit der Virulenz, Entstehung des Sarcoms auf dem mit Carcinom geimpften Boden, der Wirkung der Themperatur auf Tumorzellen, der allmähligen regressiven Metamorphose des auf Ratten geimpften Mauscarcinoms nach 8 Tagen, der atreptischen Immunität nach *Ehrlich*, der positiven Immunisirung gegen Mauscarcinom durch die Impfung von Maus mit den durch verschiedene Einflüsse abgeschwächten Carcinomzellen. u s. w. Dabei stimmt er der gegenteiligen Ansicht von *Gierke* in Betreff der *Ehrlich*'schen Hypothese von der atreptischen Immunität bei.

Zum Schluss resummirt er das Gesprochene ungefähr wie es folgt: Kurz, das tierische Carcinom, welches wir kennen gelernt haben, sei

gleich mit dem menschlichen. Primäres Mauscarcinom soll häufig u. mehr beim alten weiblichen beobachtet werden. Das Impfcarcinom soll aber beim jungen Thiere besser gedeihen. Immunisirung gegen Carcinom sei durch die Impfung mit den abgeschwächten oder starkvirulenten Carcinomzellen nicht nur möglich, sondern die Immunität werde durch die wiederholte Impfung allmählig gesteigert. Ob die atreptische Immunität *Ehrlich*'s zutreffend ist, oder ob es sich um Antikörperimmunität handelt, wie *Gierke* will, das ist noch nicht zu entscheiden. Solche Immunität vermag zwar nicht das schon entstandene Carcinom zu zerstören und heilbar zu machen, aber sie ist noch im Stande, das weitere Wachstum zu hemmen, weshalb bei ihrer Anwendung auf die Therapie des menschlichen Carcinoms der primäre Heerd von ihr nicht beeinflusst werden wird, während die Metastasenbildung gewiss verhindert werden könne.

(*K. Yamagiwa*)

---

4) Statistischer Bericht ueber den Krebs im gynäcologischen Gebiet. von Prof. Dr. **M. Kinoshita** (**Tokyo**).

Der Redner erörtert an zahlreichen Tabellen über die wunderbare Häufigkeit des Careinoms im gynäcol. Gebiet. 1). Sein Material besteht aus 346 Fällen insgesammt unter den von ihm behandelten 2060 ins Hospital aufgenommenen kranken Frauen, und zwar 73,46 % macht das Uteruscarcinom aus (Uteruscarcinom 309 unter 346. Gesammtfällen). —9 Fälle von Chorioepithelioma malignum am Uterus nicht mitgerechnet.— Demnächst kommt das Ovarialcarcinom (22 Fälle). Im Ovarium sind ferner 32 Fälle von carcinomatöser Degeneration, 57 Fälle von Papillom beobachtet.

2). Haeufigkeit nach Alter und Localisation:

a) Uterus

Alter	Localisation							%
	Portio vagin	Cervix	Portio. u. Cervix	Corp. Uteri	Cervix u. Corp.	Nicht klar	Summa	
bis 15 j	—	—	—	—	—	—	—	
15—20	—	—	—	—	—	—	—	
20—25	5	1	2	—	—	—	8	2,59

25 — 30	6	3	7	1	1	1	19	6,15
30 — 35	24	5	13	4	5	—	51	16,50
35 — 40	26	7	19	2	1	2	57	18,44
40 — 45	29	8	22	2	1	1	63	20,39
45 — 50	14	4	9	4	3	2	36	11,65
50 — 55	16	4	6	2	1	2	31	10,03
55 — 60	5	2	2	6	2	—	17	5,50
über 60	6	—	2	—	—	—	8	2,59
nicht notirt	3	4	2	2	—	9	19	6,15
Summa	134	38	84	23	13	17	309	100,0

b) Sonst:

	Localisation					
Alter	Schamlippe	Uretra	Harnblase	Ovarium	Tuba	Summa
bis 15 j	1	—	—	—	—	1
15 — 20	—	—	—	—	—	—
20 — 25	—	1	1	1	—	3
25 — 30	1	—	—	1	—	2
30 — 35	—	2	—	1	—	3
35 — 40	—	—	1	5	—	6
40 — 45	2	—	—	2	—	4
45 — 50	—	—	—	5	1	6
50 — 55	—	—	1	3	—	4
55 — 60	—	—	—	1	—	1
über 60	1	—	—	1	—	2
nichtnotirt	—	—	—	2	—	2
Summa	5	3	3	22	1	34

3). Beziehung zwischen der Haeufigkeit des Uteruscarcinoms und der Geburtszahl:

	Localisation des Uteruscareinoms							
Häufigkeit der Geburt	Portio-vagin.	Cervix	Portio u. Cervix	Corpus-uteri	Cervix u. Corpus	nicht klar	Summa	%
0	15	4	5	8	2	4	38	12,30
1	14	8	5	2	3	3	35	11,33
2	21	2	9	5	—	3	40	12,94
3	9	2	6	2	1	2	22	7,12
4	15	4	12	4	—	—	35	11,33
5	7	4	6	1	1	1	20	6,47
6	14	3	14	—	—	—	31	10,03
7	12	1	8	7	1	—	23	7,44
8	12	4	8	—	3	—	27	8,74
9	8	4	5	—	—	1	18	5,83
10	4	2	3	—	2	1	12	3,88
11	1	—	1	—	—	—	2	0,65
12	1	—	1	—	—	—	2	0,65
nichtnotirt	1	—	1	—	—	2	4	1,29
Summa	134	38	84	23	13	17	309	100,0

Der Autor fand nun unter 91 Carcinomkranken über 45 j. alt (welche wohl über Klimacteriumszeit stehen) 6 Fälle niemals schwangere, 85 Fälle 1–11 Mal geborene. Demnach scheint eine durchschnittliche Häufigkeit der Geburt (5.67 Mal) bei der carcinomkranken Frau um über 1 Mal mehr als bei nichtkranken Frauen zu sein, wenn man 4,35 Mal als eine gewöhnliche, durchschnittliche Geburtszahl bei der nicht carcinomkranken Frau für richtig annimmt. Nebenbei bemerkt der Redner, dass das Wachstum des Carcinoms mit dem Eintritt der Schwangerschaft sehr beschleunigt wird.

4) RESULTAT DER VERSCHIEDENEN THERAPEUTISCHEN METHODE:

	Arten d. operativen Eingriffe								
Jahrgang	Auskratzung u. Cauterisation	Totale Exstirpation-vaginal-	Totale Exstirpation-abdominal-	Ligatur d. zuf. Gefässe	Resection d. oberen Vaginalpartie-vaginal-	Operation unterbr.	Operation unmögl.	Nicht klar	Summa
1900	17	3	1	—	1	—	—	—	22
1901	13	6	3	—	1	—	—	1	24
1902	25	6	7	—	1	—	4	1	44
1903	8	6	18	4	—	2	3	1	42
1904	—	2	22	11	—	1	2	—	38
2905	—	2	41	7	—	—	—	—	50
1906	—	—	34	2	—	2	—	—	38
1907	—	3	37	10	—	—	—	1	50
Summa	63	28	163	34	3	5	9	4	309
% der Todesfälle	1,59	3,57	28,22	11,76	—	60,00	—	50,00	18,45

So habe der Redner jetzt ca. 50 Fälle von nach der totalen Exstirpation schon 5 Jahre überlebenden Frauen.

Endlich betont er die Wichtigkeit von der Frühdiagnose, wodurch man allein noch auf eine relativ bessere Chance der Heilung rechnen kann, und er schliesst seine Rede mit den Worten: Unsere einzige Waffe gegen Krebs ist leider noch eine radicale Operation. Wenn aber einmal die Zeit ankommt, wo Immunisirungsmethode uns einen sicheren Erfolg verspricht, so wollen wir Gynäcologen ruhig unseren Messer in den Schrank stecken.

(*K. Yamagiwa*)

5) Der therap. Werth der Chirurgie gegen den Krebs im oberen Luftwege. von Prof. Dr. **W. Okada (Tokyo).**

Zuerst gibt der Redner verschiedene mit dem Fortschritte der operativen Technik allmaehlig besser werdende Resultate beim Kehlkopf carcinom,—worüber zu sprechen er zu seiner Aufgabe gemacht hat,— nach der Statistik von vielen Autoren an. Seit der Einfuehrung der chirurgischen Behandlung beim Kehlkopfskrebs durch *Billroth* war bis vor 7–8 Jahren das Resultat schlecht und ungefähr die Hälfte der operirten Patienten ist während der Operation oder an der Pneumonie, Blutung, Infectionen post operationem, auch die sonstigen am Recidiv gestorben, während nur eine minimale Anzahl von ganz geheilten Fällen notirt worden ist.

Etwas besser steht es schon nach der Statistik von *Scheier* (1888): Unter 125 Kehlkopfkranken sind

13,5 % durch totale Exstirpation
21,5 % „ partielle „

geheilt (d. h. 16 Monate nach der Operation noch kein Recidiv).

Nach d. Statistik *Wassermann's* (1889): % der Todesfälle nach der Operation war vor 1881 53,6, nach 1881 24, 6 — Also nach 1881 ist das Resultat über doppelt so besser geworden, als früher.

Nach d. Statistik von *Kraus* (1890): Unter 208 operirten Kranken sind:

18,0 % durch totale Exstirpation
29,0 % „ partielle „

geheilt (d. h. 1 Jahr nach der Operation kein Recidiv.)

Nach d. Statistik von *Hausberg* (1886): Unter 154 operirten Kranken sind:

22,2 % durch Exstirpation (intralaryngeal)
16,6 % „ partielle Exstirpation
13,4 % „ Excision d. Kehlkopfes (nach *Simon*)
1,0 % „ totale Exstirpation

geheilt. Der Redner bemerkt dabei, dass diese Verschiedenheit der Resultate nicht nur auf solche der Technik, sondern auch auf das Wachstums-Stadium des Carcinoms zurückgefuehrt werden muss.

Nun berichtet der Redner über sein eigenes Resultat von 29in

seine Klinik aufgenommenen und operirten Fällen unter den während der 8 Jahre von ihm untersuchten 160 Fällen von Kehlkopfcarcinomkranken.

1) Durch die intralaryngeale Exstirpation sind resultirt:

1 Fall von definitiver Heilung (kein Recidiv mehr, 7–8 Jahre nach d. Oper.) — ein polypös. Carcinom aus d. l. Stimmband;

1 Fall von Tod nach d. II. Oper. (Kehlkopfexcision) beim Recidiv nach der I. intralaryngealen Exstirpation des Carcinoms aus dem Stimmband.

2) Durch die partielle Exstirpation d. Larynx sind resultirt:

1 Fall von Tod an d. Schluckpneumonie — Carcinom des Epiglottisteils.

1 Fall von definitiver Heilung, indem der Redner bei diesem Patienten (ebenfalls an einem Carcinom aus dem Epiglottisteil) nach der Exstirpation der Epiglottis den Kehlkopf von der Pharynx getrennt und d. P. durch die künstlich gemachte Oeffnung am vorderen medianen Halsteil athmen liess.

3) Durch die totale Exstirpation des Kehlkopfes sind 9 (36,0%) unter 25 Fällen geheilt (d. h. 1 Jahr nach d. Operation noch kein Recidiv, u. entlassen), während die übrigen Fälle im halbgeheilten Zustande vor einem Jahre nach der Operation das Hospital verlassen haben, worunter 3 Sterbefälle sich befanden.

Unter diesen 9 Fällen haben einer 6 Jahre, der 2 te 4 Jahre, der 3 te über 3 Jahre nach der Operation kein Recidiv und alle 3 sind gesund (Demonstration des einen unter ihnen, welcher durch die künstliche Oeffnung am vorderen, medianen Hals deutlich sprechen kann). Der Redner ist also stolz darauf, dass sein Resultat mit 36,0 % Heilung zum Vergleich mit der angeführten Statistik sehr ermuthigend ist.

Er betont also auch wie der Vorredner, dass die Frühdiagnose und der frühzeitige chirurgische Eingriff heute, wo man noch keine specifische Carcinomterapie hat, ein einziger Weg ist, um den unglücklichen Menschen von jenem elenden hülfelosen Zustande retten zu können; denn 131 unter seinen 160 Kehlkopfcarcinomkranken sind als inoperabel nicht aufgenommen worden, während 11 Fälle unter 29 operirten Kranken doch durch den chirurgischen Eingriff geheilt worden sind.

(*K. Yamagiwa*)

6) Krebsforschung u. vergleichende Pathologie von Prof. **A. Fujinami.** (**Kioto**).

Nach dem Redner besteht die Wichtigkeit der vergleichenden Pathologie der Thier — u Pflanzenwelt darin: 1) um durch die vergleichende Betrachtung und Untersuchung der Krankheiten an der Thier- und Pflanzenwelt Krankheitsprocesse beim Menschen verständlicher zu machen; 2) um kennen zu lernen, an welchen Krankheiten Thiere u. Pflanzen leiden. Besonders bei der Krebsforschung sei diese vergleichend-pathologische Untersuchung unentbehrlich; denn man empfindet ja bei der Forschung des Krebses am Menschen selbst zu viel Mangel, auch das Gebiet, wo man noch durch gegenwärtige Methode sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch was entdecken kann, verkleinert sich, und das Terrain, um das menschliche Material bei der experimentellen Untersuchung anwenden zu können, ist anch sehr engbegrenzt, indem wir an der Carcinom-Frage soviele dunkle Punkte haben, dass man genötigt ist, von allmöglichen Seiten zu erforschen. Es freut uns u. ist sehr dankbar, dass in *Europa* und *America* schon in dieser Beziehung ein grosser Fortschritt gemacht worden ist. Besonders über Impfbarkeit, positive Immunisierung, Entstehung des Sarcoms durch die Carcinomimpfung u. s. w. sind durch viele Autoren, (wie *Hanau*, *Morau*, *Jensen*, *Borrel* u A.) besonders aber durch *Ehrlich* an Mauscarcinom festgestellt worden Abgesehen von dieser Frage der Ueber impfbarkeit des Thierkrebses ist die vergleichend pathologische Untersuchung des thierischen Carcinoms deshalb sehr wichtig, weil man dadureh auch die Loesung der Frage vom menschlichen Carcinom befördern kann. So müssen wir bei diesem Thiercarcinom auch folgende Fragen zu beantworten suchen: welche Art Thier wird am meisten vom Carcinom befallen?, Verschiedenheit der Localisation nach der Thierspecies und Erklärung dafür, Alter, Erblichkeit, Vorhandensein oder nicht Vorhandensein von Endemie, Einfluss der Lebensweise auf die Entstehung des Carcinoms, Pathol.-Anatomie, Ueberimpfbarkeit, gibt es natürliche Heilung?, schliesslich die Genese und Aetiologie.

Weiter gibt der Redner eine kleine Skizze der Kenntnisse über das Vorkommen des Carcinoms bei verschiedenen Thierklassen und Arten. Unter Säugern erkranken Pferd, Rind, Schwein, Ziege, Schaf, Hund, Katze, Ratte., Maus natuerlich an Carcinom. Bei den Vögeln sei

das Carcinom relativ selten. Lungenkrebs von Papagai, auch Krebs bei Huehnern seien beobachtet. Bei den Kaltblütern soll der Krebs sehr selten sein. Neuerdings sind Schilddrüsenkrebs von Forellen, Hautkrebs von Carpen und Goldfisch, Krebs der Bauchhöhle von Knurrhahn, auch von der Carcinom-Endemie bei Forellen beschrieben. Ferner Kystocarcinoma mit Metastasen im Hoden von Riesen-Salamander, auch Hautpapilloma bei Eidechsen sind angegeben. Wenn das Carcinom auch weiter bei den wirbellosen also einfacheren Thieren beobachtet werden sollte, so würde das für vergleichend-pathologische Untersuchung sehr günstig sein. Sogenannte Krebse der Pflanzen seien nach Redner meistens einfache Hyperplasien, welche vom menschlichen Carcinom weit verschieden sind. So empfehlt der Redner, dass die Mediciner in Verbindung mit den Thierärzten und Zoologen das Carcinom bei unserer Thierwelt erforschen möge. Es gebe auch viele andere Verhältnisse in Bezug auf Thierkrebs, indem das verschiedene Klima auch verschiedene Fauna habe. Nach dieser Voraussetzung bespricht er kurz von seinem Untersuchungsresultat über das Hühnercarcinom, welches er schon im Anfang 1905 zuerst beobachtet hat. Seitdem hat er noch viele neue Fälle untersucht. Im ganzen sind von ihm 200 Hühner mit einer Krankheit in der Bauchhöhle secirt, als dessen Wesen er relativ viele carcinomatöse Geschwülst fand. Nach dem makroskopischen Aussehen hat die Geschwülst eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Hühnertuberkel, welcher aber durch bacteriologische u. pathol-histologische Untersuchung ausgeschlossen werden konnte. Durch genauere histologische Untersuchung der Geschwülste hat es sich herausgestellt, dass sie sich um einen dem menschlichen Adenocarcinoma ähnlichen Tumor handelt. Bei 4 Fällen von ihnen konnte der Redner auch Metastaten in Leber und Lungen ausser den Disseminationen an der Bauchserosa constatiren. (Demonstration d. Präparate). Die Geschwulst hat immer eine bestimmte Structur, bildet mehr oder weniger circumscripte knotige Heerde, welche alle überall aus einem und demselben Gewebe besteht. Wo die Zellen sich rapid vermehren, dar sieht man auch ein infiltratives Wachstum. Nach diesem Charakter sei unzweifelhaft, dass die Neubildung sich um eine Geschwulst in de menschlichen Pathologie handelt. Von dem pathol-histologischen Gesichtspunkte aus kann man auch ruhig von Adenocarcinom sprechen, wobei jedoch der Redner noch nieht entschei

den möchte, ob die Geschwulst ganz epithelialer Natur sei oder nicht. Die Impfversuche seien bisher negativ ausgefallen.

Endlich hat der Redner bemerkt, dass seine Hühnergeschwulst mit derj, von *Ehrenreich* und *Michaelis* publicirten, von *Borst* auch als Carcinom anerkannten ganz gleich ist, und die Hoffnung ausgedrückt, dass für die Krebsforschung vergleichende Pathologie einen immer weiteren Fortschritt machen möge (Genaueres über Hühnercarcinom wird vom Herrn Prof. A. Fuzinami im nächsten Heft — im September d J. — geschrieben werden)

(*K. Yamagiwa.*)

---

7) Ueber einen Fall von Spätrecidiv. von Marinegeneralstabsarzt Dr. **T. Honda** (**Tokyo**).

Der Redner spricht zuerst davon, dass es bekanntlich zwei Arten von Recidiv gibt. Nämlich bei einem fängt das nicht exstirpirte Geschwülstteilchen nach einer gewissen Zeit weiter zu wachsen an, während beim anderen dasselbe Carcinom an derselben Region wieder neuentsteht, indem da dieselbe Ursache wie für das primäre Carcinom existirt, wenn auch das primäre Carcinom vollständig entfernt worden ist. Die letztere Art von Recidiv sei selten. Gewöhnlich beobachtet man das Recidiv 1–1½ Jahr nach der Operation auftreten. Es gibt aber Recidivfälle von nach 10–25 Jahren, welche Spätrecidiv genannt werden. Der Redner vergleicht nun solches Spätrecidiv der Careinomzellen nach einer langjährigen Ruhe mit dem Wachstum der früh angelegten Bart—, Schamhaare und Weissheitszähne, und er hat einen als von den zurueckgebliebenen Carcinomzellen entstandenes Recidiv nach einem 16 jährigen Stillstand festgestellten Fall mitgeteilt. Eine 60 j Frau, deren Mutter und ältere Schwester an Uteruskrebs, Vetter an Magenkrebs gestorben seien, erlitt in ihrem 45. Lebensjahre l. Mammacarcinom, welches vor 16 Jahren von dem verewigten Herrn Prof. *Scriba* exstirpirt wurde. Linke Achseldrüsen sind natürlich auch mitentfernt. Nun seit dem Ende vorvorigen Jahres hat die P. in d. l. Achselhöhle fingerspitzengrossen Tumor gefühlt, welcher im vorigen Jahre sich allmählig vergrösserte, weshalb sie zu dem Redner kam. Damals ist eine huehnereigrosse Geschwulst hindurchfühlbar, welche elastisch hart und mit der Umgebung mehr oder weniger verwachsen ist. Bei der

Exstirpation fand er ausserdem noch viele kleine bohnengrosse u. azukibohnengrosse Geschwülstknoten, auch kleine Knötchen in d. *Mohrenheim*'schen Grube entdeckt und mitentfernt.

Unter dem Mikroskop ist nachgewiesen, dass alle Gesshwulstknoten mit der Kapsel und dem darunter noch sichtbaren Rest von Lymphdrüsengewebe umgeben sind und sonst aus Carcinomgewebe (Drüsenzellenkebs) bestehen. Weil kein primäres Carcinom bisher aus der Lymphdrüse beobachtet ist, so ist es hier kein Zweifel, dass das Drüsenzellencarcinom sich als ein Recidiv aus den zurückgebliebenen metastatischen Carcinomzellen der l. Mamma entwickelt hat.

(*K Yamagiwa.*)

u.
d.

st-
on
n-
h-
n-
en

Cancer
610.5
G2
v.2
Medical
Cancer
4-29-52
78165

ノ集簇スルヲ認メタリ

ミユルレル氏液硬化後、ツエルロイデイン」ニ包埋シ法ノ如ク連續薄葉染色標本ヲ作製シ檢スルニ夫ノ粟粒大以下ノ小結節ハ皆圓形小囊胞ニシテ多クハ「エオジン」赤染物質ヲ充塡ス、此小囊胞ノ集簇ハ標本ニヨリテハ上記ノ如ク卵巢髓質部ニ結節狀區劃正シキ腫瘍ヲ形成スルモ連續標本ニ就テ見ルニ其一端ハ皮質表層ニ在リテ玆ニハ前者ノ如キ結節狀ノ境界ヲ示サズ、而シテ腫瘍ヲ除ク他部卵巢組織ハ到ル所纖維性ニシテ普通經閉期後ノ卵巢ニ見ル陳舊ナル硝子樣黃體瘢痕ハ本例皮質深層ニ於テモ甚ダ多數ナリ

鏡下所見ヲ總括スルニ囊胞ハ概シテ圓形ナリ、多クハ狹キ間質ヲ隔テヽ密接ス、各囊胞ニハ固有ノ被膜ヲ形成セズ往々上皮直下硝子樣半透明ノ層ヲ示ス者——纖維膜狀ニ核ニ乏シキ層ヲ示ス者アリ、サレド濾胞莢膜ニ於ケル如ク明瞭ナラズ且ツ彼ノ如ク血管ト親密ノ關係ナシ、囊胞壁上ニハ圓柱狀ノ高キ寧ロ尖銳ナル紡綞ニ近キ上皮ヲ附麗シ內腔ニハ「エオジン」赤染物質ヲ容ル、而メ上皮細胞ハ少數ニ於テ單層ヲ示ス者アルモ多クハ重層也、又一ケ囊胞ニ於テ一部ハ單層ニ他部ハ重層ヲ爲ス者アリ(細胞體ノ兩端中央同大ナル眞ノ圓柱細胞列ヲ示ス囊胞ハ少數ナ

ケ豌豆大ノ皮質ヨリ髄質ニ突入セル腫瘍結節ヲ形成セル者ナリ、此ノ上皮細胞胞巣ハ嚢胞壁上皮ノ増殖ニ因ルコハ亦扁平單層——正圓柱狀單層——高キ紡錘狀重層ノ間多數ノ移行型ニ由リ更ニ疑ヲ容レズ、然ラバ本例腫瘍ノ基礎タル小嚢胞ノ起原如何是レ最後ニ解決セラルベキ問題ナリ

卵巣皮質ノ小嚢胞ニ就テ吾人ハ先ツ濾胞ニ想到ス、然リト雖モ本例腫瘍内胞巣ノ形狀造構ハ全然是レニ反スルモノアリ、則チ本例嚢胞ハ皮質深層表層殆ド同大ニメ原始濾胞トシテハ餘リニ大ニ深層濾胞トシテハ上皮ノ單層ナルアリ、重層上皮モ到ル所圓柱或ハ紡錘形ニメ顆粒膜ノ其レトハ異ナリ從テ勿論卵阜卵胞ヲ見ズ、其他グラーフ氏濾胞ニ於ケルガ如ク莢膜ヲ形成セル者ナク、何レモ血管ト毫モ親密ノ關係ヲ示サヾルハ濾胞形成物ト認メ難キ主要ナル點ナリトス、況ヤ經閉後ノ卵巣ニハ濾胞ノ影ヲ止メザルヲ常トスルニ於テハ本例ニ在テ濾胞ノ存在ハ期待スベキニ非ラズ

本例腫瘍ノ一部ガ卵巣髄質部ニ在ルコ、各嚢胞ノ形狀殆ド一樣ナルコ乃至上皮ハ圓柱細胞ナルコ之等ハ亦タ本例嚢胞ガ副卵巣ノ形成物ニ非ラズヤヲ疑ハシム、然リ胎生期ウオルフ氏體前部ノ遺殘ナル副卵巣ハ屢々卵巣門ヲ超ヘテ髄質部ニ

リ)―内腔到ル所上皮ニテ充塡セルアリ如斯ハ全ク癌胞巢ニ一致スルノ像ヲ示ス、然シ上皮細胞ハ比較的整然タル者アリ楕圓形濃染核ヲ有スル高キ圓柱狀或ハ寧ロ紡錘狀ヲ示ス上皮ハ每常並列シ、細胞胞巢ヲ圍ム基質ニ近キ所モ中心部モ到ル所細胞形狀ハ一樣ナリ、結節ノ一小部分ニ於テハ尙內容ヲ存セズ壁モ唯ダ一層ノ扁平上皮層ヲ示ス者アリ、是等ノ胞巢ハ連續切片上過半互ニ連續セルヲ認メタリ

間質組織ハ卵巢皮質ニ固有ナル細胞ニ富メル結締織ナリ、腫瘍結節ノ一端ガ卵巢髓質部ニ現ルヽニ拘ハラズ每常皮質ノ結締組織ニヨリテ圍繞セラル之レ本例腫瘍ガ先ツ皮質ニ發生シ髓質ニ向ヒ發育セルヲ證スル者ナリ、此ノ關係ハ連續標本ニ就テ明瞭ニ認メ得ベシ、即順次腫瘍組織ヲ逐テ卵巢表層ニ至ルニ、表面ニハ稍々深キ陷凹ヲ示ス瘢痕竈アリ細胞ニ乏シキ纖維性組織ト硝子樣變性シ內腔閉塞セル紆廻血管トヨリ成ル、此ノ瘢痕組織ハ卵巢纖維膜直下ニ在リ而シテ玆ニ少數ノ前記細胞胞巢及囊胞ヲ示シ結節ト卵巢表面トノ接續ヲ爲ス

考按

以上所見ヲ以テ案スルニ本例ニ於テハ卵巢皮質ニ於ケル一ケ濾胞破裂後ノ瘢痕ヲ中心トシテ其內ニ存セル小囊胞ニ基因セル實性細胞胞巢ノ多數ガ群集シ、一

部石灰變性ヲ呈シ結節狀ヲ爲ス者アリ——皆卵巢固有膜性ノ核ニ乏シキ比較的鬆疎ノ結締織膜ヲ有シ往々表面ヨリ深層ヘ階段狀ニ二三相重ナリ、若クハ當該例ノ固有膜面ハ到ル所細微ノ陷凹ヲ示シ胚芽上皮群ノ其ニ灣入スルヲ見ル云々』(三浦先生祝賀論文集百三十九、百四十頁)而已ナラズ又經閉前ニ在リテモ往々認ムルコハ其成熟期ノ總括ニ於テ『多發性小囊胞ヲ認ムルコ往々アリ第八例ノ甲、第九例ノ甲乙、第二十四例ノ甲、ニ在リテ最モ著明ナリ、其他前記卵巢表面ニ深キ截痕ヲ有スル第二十例乙、第二十一例甲、第二十七例甲乙ニ在リテ其前階級ヲ認ム——此期ニ在テハ皆固有膜瘢痕部ニ適シ少數ナリ云々』(百七頁及百八十一頁)

斯クノ如ク上皮陷入性囊胞ハ經閉後ノ卵巢皮質全部ガ瘢痕狀萎縮ヲ示ス者ニハ到ル所ニ、其以前ニハ主トメ瘢痕部ニ限局シテ之ヲ認ム、特ニ本例腫瘍ノ中心ヲ爲ス皮質瘢痕組織及囊胞ハ余ガ前記報告ノ六十歲ノ婦人ニ於テ經閉後期第七例トシテ報告セル乙側卵巢皮質ニ酷似ノ像ヲ示シタリ、而シテ這種上皮陷入ノ發生ニ就テハ全ク被働的ニ因スル者アルベク或ハ「ステップエック」ノ謂フ如ク上皮細胞ノ原働的增殖ニ因スル者モ亦タ多カルベシ、蓋シ表層ノ腺管狀陷入——近圍組織トノ癒着根部ニ發生スル囊胞ニハ骰子形ニシテ卵巢表面ノ胚芽上皮ニ一致シ、纖維

現ル、コアリト云フ(余ハ數十例ノ卵巢ニ就テ其過半ニ於テ門部ニ副卵巢ヲ見タリ而シテ髓質部ニハ一例モ實驗セザリシトハ謂ヘ)亦タ一顧ヲ要スベシ、而シノ本例囊胞ハ到ル所皮質固有ノ緻密ナル結締織ヲ間質トシ固有ノ被膜ヲ有セズ、彼ノウオルフ氏體生殖部遺殘ガ卵巢門部乃至扁靱帶兩葉間ノ鬆疎結締織中ニ在リテ平滑筋ヲ含ム固有ノ被膜ヲ有スルトハ大ニ異ナリ、尙ホ本例ニハ門部ニ常ノ如ク副卵巢ヲ認メタリ

之ヲ要スルニ本例囊胞ハ上記ノ如キ位置形狀造構又經閉後ノ老人ニアリシト云フ諸點ヨリシテ之ヲソルダイエルノ上皮陷入性囊胞ト看做スコハ最モ穩當ナルベシ、囊ニ余ハ此ノ胚芽上皮陷入性囊胞ニ就テ生殖機、未熟、成熟、及經閉後ノ卵巢多數ヲ組織的ニ檢查シタル結果トシテ、其經閉後期所見ノ概括ニ於テ左ノ如ク記載セリ

『卵巢固有膜乃至固有膜下皮質表層ニ於テ小囊胞ヲ認メタル者第三例ノ甲乙、第五ノ甲乙、第七ノ乙、第八ノ乙、及第九例ノ六例ナリ、位置ハ固有膜部ニ在リテハ著ク卵巢表面ヨリ突隆セル者アリ亦稍々皮質深部ニ存在スルアリ、各例皆多發シ且ツ圓形ニシテ單房性ナリ、大サハ一般ニ帽針頭大位迄ナリ、往々囊腫壁ト共ニ內容全

Tafel I

第一圖板

Fig. 1

第一圖



膜下――皮質深層ニ在ル者ハ多クハ高キ圓柱狀單層上皮ヲ有シ兩者間多少差異ヲ示ス者アルハ已ニ記載セルガ如シ、要スルニ孰レニシテモ老人卵巢ニ於テ殆ド毎常多少ニ拘ラズ認メ得ル此ノ囊胞ハ、毫モ增殖ノ傾向ナク却テ退行變性ヲ呈シ内容ト共ニ石灰沈着ヲ示ス者甚ダ多キハ其當時圖ヲ挿入シテ記載セリ

結論

本例ハ老人卵巢ニ於テ殆ド毎常、加之生殖機成熟期間ニ在リテモ往々皮質瘢痕部ニ於テ認ムル極メテ單一ナル胚芽上皮陷入性小囊胞ガ腺腫性增殖ヲ示シ皮質ヨリ髓質ニ向テ發育スル一ケ豌豆大ノ腫瘍結節ヲ形成セル者ナリ、而シテ增殖シタル小囊胞ノ上皮細胞ハ亦著シク茂生シ内腔ヲ充塡シ多數ノ細胞胞巢ヲ形成ス、

本例ノ上皮增殖――細胞胞巢形成ハ其造構上已ニ癌ニ一致スル者アリト雖モ、尙比較的整然タル者アルガ故ニ直ニ癌腫トハ看做シ難ク、寧ロ其移行狀態トシテノ惡性腺腫ト認ムル方穩當ナルベシ

ナーゲルハ這種上皮細胞ノ陷入――小囊胞形成ヲ慢性卵巢炎ノ結果ト爲シ、是レガ亦一般卵巢上皮性腫瘍ノ因タルベキヲ唱導セリ、本例ハ此ノ關係ヲ最モ示說的ニ現セル者ナリ

稿ヲ了ルニ臨ミ謹テ恩師山極博士ノ懇篤ナル指導ヲ謝ス

圖解

第一圖板第一圖　卵巢腫瘍ノ一部、廓大ハライツ接眼鏡第一號接物鏡第三號、數ケノ囊胞及上皮細胞胞巢ヲ示ス

○腎ノ乳嘴性腺腫ノ一例 (Ein Fall von Adenoma papillare der Niere)

東京病理學教室志願助手　須藤義一

余ガ茲ニ報告セントスル一小例ハ昨明治四十年六月十七日本學三浦內科ヨリ送リ來レル胃癌患者剖見ノ際偶然發見セラレタル腎ノ腺腫ニシテ連續切片上明カニ其母組織ノ腎ニ在ルコトヲ確認シ得タル者ニ拘ル

實驗例

四十四歲ノ男子　井上某

○解剖的診斷

一單純性潰瘍ニ繼發セル胃癌

ルコト困難ナリ表面ハ細顆粒狀ヲ呈シ多數ノ小潴溜囊胞ヲ具フ割面ニ就テ見ルニ皮質ハ一般ニ狹隘トナリ糸毬體ハ灰白赤色ノ實質上ニ無數ノ微細ナル小點トシテ認ムルヲ得稍大ナル腎臟血管ハ硬變ニ陷リ割面ニ稍突出ス二三ノ腎圓錐ハ灰白黃色ノ中央乾酪變性ヲ呈セル粟粒大乃至超粟粒大ノ小結核新生ヲ有ス腎盂粘膜ハ蒼白ナリ

而シテ腎穹隆部ニ於テ稍上極ニ近ク腎莢膜直下ニ一ツノ米粒大灰白黃色ノ結節アリテ僅カニ表面ニ隆起シ周圍トハ明瞭ニ區畫セラレ其實質ヲ損スルコトナク該部腎莢膜ヲ剝離スルヲ得

割面ニ就テ見ルニ周圍組織トノ間ニ特段ナル囊壁ヲ有セズトイヘドモ移行ハ瀰蔓性ナラズ灰白黃色ナル腫瘍質ハ灰白暗赤色ナル腎組織ニ對シ劃然タルモノアリ腫瘍實質ハ有孔性(Porös)ノ外觀ヲ有シ硬度比較的粗糙ニシテ「ザクザク」シテ居ル」ヲ以テ最好ノ形容ト云フベシ

○顯微鏡檢査

上記腫瘍ノ半ハヲ得テミュルレル氏液ニ固定シ「チエロイヂン」ニ包埋シ十五「ミクロン」厚ノ連續切片標本一〇二枚ヲ得染色ハ專ラ「ヘマトキシリン」「エオジン」複染

二、食道、胃壁、胃周圍ノ淋巴腺、門脈周圍組織、ドウグラス氏窩、兩側腸骨窩及ビ肝臟左葉ニ於ケル轉位

三、噴門、直腸門、靜脈及ビ脾靜脈ノ狹窄

四、心臟及ビ肝臟ノ褐色萎縮

五、鬱血脾

六、左側肺臟ノ慢性纖維性氣管枝及氣管枝周圍炎

七、右側肺臟ノ慢性纖維性及乾酪性氣管枝及氣管枝周圍炎

八、兩肺ノ鬱血

九、動脈硬變性萎縮腎及左腎腺腫

一〇、右側廣汎性、左側限局性慢性纖維性癒着性胸膜炎

一一、全身高度ノ動脈硬變

一二、腹水

一三、乾酪性石灰沈着性腸間膜淋巴腺炎

○左腎及腫瘍肉眼的所見

左側腎臟ハ大サ一一、〇—五、〇—三、〇仙迷ヲ算シ質甚ダ強靱、腎莢膜ハ剝離ス

纖維ノ量ヲ減ジ長徑ニ並列點在シテ索條ノ基礎ヲ形成スルモノハ結締織細胞ナリヤ將タ毛細血管内被細胞ナリヤ區別甚ダ困難ナリ而レドモ其間尚所々ニ血液細胞ノ介在スルアリ

此索條ヲ被フ細胞ハ延イテ胞巢ノ壁ヲ被ヒ上皮性ニシテ稍大ナル骰子形乃至圓柱狀ヲ呈ス殊ニ索條ガ尖端ニ終ラントスルノ部ニ於テ著シク圓柱狀ニシテ皆整然トシテ單層ニ排列セリ「プロトプラスマ」ハ著明ナル空胞ヲ示サズ肉眼所見上稍黃色ノ調ヲ帶ベルモ脂肪含有少量ナル爲メ固定包埋ニヨリテ脫出セル痕跡著明ナラザルナリ)又特別ノ色素沈着ヲ見ズ圓形ノ核ハ細胞體中央乃至基底ニ存ス其他ノ性質ハ細尿管上皮ニ酷似シ唯核稍大ニシテ「ヘマトキシリン」ニ濃染シ「プロトプラスマ」モ彼レヨリモ稍强ク「ヘマトキシリン」ノ色調ヲ取レルヲ以テ區別スベキノミ

腫瘍ハ何等著シキ結締織膜等ノ囊壁ヲ有セズ僅カニ增殖セル腎間質ヲ以テ區劃セラレタリ而シテ連續切片標本中腫瘍ニ接セル部分ノ迂曲細尿管ガ著シク擴張シテ增殖セル骰子形上皮細胞ヲ被ルモノガ直接ニ腫瘍胞巢腔ニ連續シ兩者間ノ上皮細胞ノ性質漸次移行スルノ狀ヲ明ラカニ認メ得タリ尚絨毛狀索條間ノ腔

法ニヨリ數枚ニ就テワン、ギーソン氏法ヲ應用セリ

標本ヲ肉眼ヲ以テ透見スルニ腎皮質ハ一般ニ赤紫色ニ染ミ普通ノ密ナル造構ヲ示ス腫瘍ハ表面ニ近ク存シテ稍膨出シ造構鬆粗不規則ナル腔隙内ニ乳嘴狀物ノ散在スルノ像ヲ想フベク皮質ニ比スレバ青紫色ノ調稍勝レルガ如シ是レガ爲メニ腫瘍ト腎組織間ニ著シキ結締織膜等ヲ存セザルニ拘ラズ相互ノ境界稍明ラカナリ

之ヲ鏡下ニ檢スルニ腫瘍ハ大濃大小ノ胞巢ヨリナル而シテ細胞ヲ以テ被ハレタル細小ノ結締織索條ガ周圍ノ比較的厚キ胞巢壁ヨリ起リテ或ハ鉛直ニ走リ或ハ須臾ニシテ尖端ニ終リ尚多數ノ側枝ヲ出ダシテ絨毛狀ヲナシ是レハ又或ハ縱斷セラレ或ハ橫斷セラレテ甚ダ雜然タル觀ヲ呈ス其稍大ナルモノニ至リテハ他側ノ壁ヨリ起ル夫レト連絡シテ其位置ヲ維持セラレタリ今此ノ小ナル突起ヲ連續切片ノ順ヲ追フテ觀察スルニ眞ニ乳頭狀ニシテ尖端ニ終リスデツクノ云フ如キ他ノ夫レト連絡ヲ保ツ障壁ニアラザルヲ知ル即ハチ乳嘴ノ太キモノニアリテハ其基質タル結締織纖維ノ外其中ニ一條又稀レニハ二條ノ血管アリテ明ラカニ血液細胞ヲ以テ充塡セラレタルヲ見レドモ漸次進ミテ細小トナルニ從ヒ結締織

發生セルモノナラザルベカラズ而シテ余ハ連續切片ニ就キ擴張迂曲セル細尿管腔ガ直チニ腫瘍胞巢腔隙ニ吻合シ而カモ其上皮細胞ハ相互間ニ於テマナツセノ第三例ニ得タル如ク著明ナル移行像ヲ示スコトヲ證明シ得タルガ故ニ腫瘍ガ腎臟細尿管上皮細胞ニ其母組織ヲ有スル者タルヤ論無シ將タ又吾人ガ腎臟皮質ニ於テ偶然發見スル副腎迷芽ハ尙ホ小ニシテ未ダ違型的增殖ヲ營マザル限リハ類圓形乃至多形ノ細胞集團ガ單ニ毛細血管脈絡ニヨリテ區分セラルヽコト副腎皮質ノ組織ト大差ナク且ツ之レヨリ生ゼル腫瘍 (Hypernephroma) ニアリテモ其固有ナル腫瘍細胞ト單ニ血管ヨリ成ル間質トノ關係ヲ失ハズシテ吾人ノ玆ニ見ル骰子形乃至圓柱狀上皮ガ基膜上ニ整然單層ニ幷列シテ腔ヲ圍メル腺腫トハ甚ダ同ジカラズ且ツ副腎細胞ハ脂肪滴及「グリコーゲン」ヲ含有シテ大、故ニ明性ナルニ、本例腺腫細胞ニアリテハ「プロトプラスマ」ハ充實ニシテ好染シ細尿管細胞ニ酷似ス其他副腎迷芽ト腎組織トノ間ニハ膜狀結締織性境界ヲ存スルコト多シ

次ニサブランハ乳頭狀腺腫中細胞ノ骰子形ナルト圓柱形ナルトニ從ヒ各其本體ヲ異ニスルモノトナセドモ余幷ニマナッセノ例ニ於テハ同一腫瘍內ニ兩形ノ細胞アリ余ノ例ニ在リテハ骰子形ナルモノモ乳嘴狀突起ノ尖端ニ近クニ從ヒ其

隙即胞巢腔ハ一般ニ空虛ナリトイヘドモ所々洩出セル血液細胞剝脫セル上皮細胞及少量ノ纖維素性物質ノ一塊ヲナセル者ヲ入レタリ

腎組織ハ皮質表面ニ近ク稀ニ小濶溜囊胞ノ單層骰子形上皮ニテ被ハレタル者輕度ノ小動脈內膜肥厚少數ノ硝子樣變性セル糸毬體ノ散在間質殊ニ潤管部周圍ノ夫レノ輕度ノ增息等凡テ輕度ノ動脈硬變性萎縮腎ノ像ヲ呈ス

○考按○

本例ハクレーブス、ストウルム、サプラン、ゾイヒセルバウム及グレーニッシュ、スデック、マナツセ等ノ乳嘴狀腺腫(Papilläres Adenom)リッケルノ梁柱狀囊腫(trabeculäres Kystom)ニ一致スル者ナリ而シテ諸氏ガ發生ニ關スル見解ハ夫レソレ異ナリトイヘドモ母組織ハ之ヲ腎臟ニ歸シタリ而ルニ一八八三年グラーウ井ツツガ腎臟ノ脂肪腫腺腫、腺腫性癌腫ト稱セラレタルモノハ多クハ副腎組織ヨリ發生セル者トナシテヨリ以來ホルン等ハ腺腫ノ乳嘴狀ナル者ヲ以テ副腎迷芽ニ歸シタリ(Struma suprarenalis)

今上記ノ所見ヲ以テスレバ本例腺腫ハ固有膜ヲ有スル骰子形乃至圓柱狀上皮細胞列ヲ以テ被ハレタル腔隙ヲ有スル胞巢狀腫瘍ニシテ必ズヤ管狀腺組織ヨリ

余ガ此一小例ニヨリテ確乎タル斷案ヲ下ダスコトノ不可能ナルハ勿論ナレドモ試ミニ本例腺腫即チ諸氏ノ所謂乳嘴性腺腫ガ會々萎縮腎ニ於テ孤在シ其附近ニ在テハ夫ノ普通萎縮腎ノ際ニ見ル小濶溜囊胞ヲ存スルノミニシテ一モ腺腫性增殖ヲ呈スルモノナク多房性囊腫ト其ノ像ヲ異ニスル腺腫ノ周邊ニ於テモ亦特ニ強度ノ質間炎ノ存セザルニ徵スレバ本例ノ如キハ先天性基礎ニヨルモノト認ムルヲ以テ妥當ナリトス可キカ、吾人ノ萎縮腎ニ遭遇スルヤ日常普通ノコトヽス然カモ之レニ伴フ遺存細尿管上皮ノ限局性增生肥大ニ因スル小結節ハ亦必ズシモ稀有ナラズト雖モストゥルム等ノ萎縮腎ニ於ケル多發性乳嘴性腺腫ノ如キハ本敎室等ニテハ未ダ曾テ實驗セラレタルコト無シト云フヲ以テ見レバストゥルム等ガ萎縮腎性多發性腺腫ヲ健腎內孤在性腺腫ト區別セルモノ蓋シ所以ナキニ非ズ余ノ例ハ之ニ反シ萎縮腎內ノ孤在性腺腫ナレドモ上記理由ニヨリ恐ラク萎縮腎トノ關係ナク先天性基礎ニヨリテ生ジタルモノナルベシ而シテリッケルノ言ノ如ク後天性乃至先天性腺腫モ共ニ同一造構ヲ呈シ得ルトノ事ハ恰モ先天性囊腫ト後天性囊腫ト其造構ニ於テ差違ナク唯其周圍トノ關係散布ノ狀態ニヨリテ區別シ得可キガ如キモノアルベシ

高サヲ增シ遂ニハ全ク圓柱形トナルヲ認ム細尿管上皮細胞ハ生理的ニモ已ニ其部位ニ從テ一定ノ形態ノ差違アリ其ガ已ニ生理的範圍ヲ超エタル增息ニヨリテ生ゼル腫瘍ハ此レニ寧ロ骰子形ヲナシ彼レニ寧ロ圓柱形ヲナシ又同一腫瘍中ニ二種ヲ認ムベキコト思ハレザルニ非ズ是等形態的變化ハ境遇ノ器械的關係ニ由リテ善ク生ズル者ナリ

茲ニ於テカ余ハ本例腺腫ヲ以テ上記多數學者ト共ニ母組織ヲ腎臟ニ在リトスル者ナリ

偖終リニ本例腺腫ハ其原因ノ何タルニセヨ成人ノ細尿管上皮細胞ヨリ或ハ先天性過冗基礎ヨリ發生セルカノ問題ヲ觀察セザルベカラズ

此ノ點ニ關シストウルム並スデックハ夫ノ萎縮腎ニ於テ實驗セラルヽテフ多發性乳嘴性腺腫(multiple Adenome in Schrumpfnieren)ニ就テ其造構ノ差違ヲ擧ゲテ炎症性增息ト見做シ他ノ健全ナル腎臟ニ孤立シテ生スル腺腫ト全ク別視シマナッセハ共ニ同一造構ヲ有スル腫瘍ナリトシ又リッケルハ同一造構ヲ有スル腺腫性像ガ梗塞性瘢痕內殘存細尿管細胞ヨリ生ズル者(肝臟ニ於ケル硬變—結節狀增生—腺腫ニ比較スベキカ?)ト先天性腎囊腫ヨリ生ズル者トアリト說ケリ

○鼻腔及上顎竇原發癌腫ノ種類幷ニ發生ニ就テ

(Ueber die Art und Genese des primären Carcinoms aus der Nasenhöhle und dem Sinus Highmori)—第二圖板第一—第三圖—

名古屋醫學專門學校教授 中村豐

序論

固有鼻腔及副鼻腔ニ原發スル癌腫ハ比較的稀有ナル疾患ニ屬シ或ハ鼻腔內ニ發生シテ副鼻腔ノ方ニ蔓延シ或ハ反對ニ副鼻腔ヨリ鼻腔內ニ向テ蔓延ス而テ副鼻腔中ニ於テハ上顎竇ニ最モ多ク之ヲ見ル。

鼻癌患者ノ吾人臨床醫家ノ手ニ來ルヤ多クハ疾患ノ蔓延セル後ナルヲ以テ果シテ固有鼻腔ヨリ發生セルモノナリヤ或ハ副鼻腔ヨリ發生セルモノナリヤ之ヲ知ルコト困難ニシテ原發部位ヲ確實ニ探究スル能ハザルコト多シ從來「リテラツール」ニ現ハレタル症例概ネ皆之レナリ故ニ余ハ此問題ノ範圍內ニ於テ主トシテ鼻腔及副鼻腔(特ニ上顎竇)ニ原發スル癌腫ヲ一括シテ論ゼント欲ス彼ノ外鼻口唇咽頭口蓋等鼻腔近接臟器ヨリ發生シテ內鼻ニ蔓延セル癌腫及「リテラツール」ニ屢々

稿ヲ了ルニ臨ミ恩師山極教授ノ懇篤ナル指導ヲ謹謝ス

Literatur:

Grawitz: Ueber die sogenannten Lipome der Niere, Virch. Arch. 93. Bd. 1883;

Horn: Histogen. der aus Nebennierenkeimen entsteh. Nierengeschw., Virch. Arch. 126. Bd. 1894;

Manasse: Histol. u. Histogen. d. Nierengeschw., Virch. Arch. 142. Bd. 1895;

Ricker: Beiträge zur Lehre von d. Geschwülsten in d. Niere, Zentralbl. f. allg. Path. VIII 1897;

Sturm: Ueber das Adenom der Niere, Arch. d. Heilk. XVI. 1875;

Sudeck: Structur der Nierenadenome, Virch. Arch. 133. Bd. 1893;

Weichselbaum u. Greenisch: Adenom, Wien. med. Jahrb. 1883;

Ziegler: Lehrbuch der allg. Pathologie u. Pathol. Anatomie. 1906.

例アリ之ニ反シ肉腫ハ十四例アリキト。

Herzfeld ハ二萬八千人ノ耳鼻頸患者中鼻腔原發癌ノ只一例ヲ實驗シタルノミ Finder ハ Fränkel ノ「ポリクリニツク」ニ於テ四萬人ノ患者中四例ヲ實驗セリ、其中二例ハ單純癌、一例ハ絨毛癌、一例ハ「カルチノーマ、ツブラーレ」ナリキト、以テ本症ノ比較的稀有ナルヲ推知スルニ足ルベシ。

以下余ノ實驗例ヲ記載スルニ先チ本症ノ原因、發生及種類等ニ就テ一般ノ知見ヲ略叙シ次ニ余ノ實驗例ニ對照論及セントス。

鼻癌ノ原因

他部癌腫ノ原因不明ナルガ如ク鼻癌ノ原因モ亦現今蒙昧裡ニアリ或ハ一派ノ學者ハ長ク繼續セル鼻粘膜加答兒或ハ副鼻腔ノ化膿症ヲ以テ其因トシ加答兒ノ際ニ起ル處ノ上皮化生並ニ上皮茂生ヲ以テ癌發生ニ大ナル意味ヲ有スルモノトセリ Dreyfuss 氏ノ例ハ之ニ最モ適當セリ氏ノ例ハ三十年間長ク上顎竇エンピエーム」ヲ患ヒツヽアリシ人ニ發生セルモノナリキ。

吾人ハ實際多クノ場合ニ於テ癌腫ノ發生前長ク持續セル鼻炎ニ罹レルコヲ立證ス然シナガラ果シテ此兩者ノ間ニ眞正ノ原因的關係アリヤ否ヤ之ヲ解決スルハ

見ル處ノ肉腫樣癌腫 (Bondc, Boswarth, Bourgcois 氏等ノ例) ニ就テハ之ヲ措テ論ゼス。

先ヅ鼻腔癌腫ノ頻度ニ就テ一二ノ統計數ヲ擧ゲテ示サンニ。

Dreyfuss ハ一千八百九十二年迄ノ「リテラツール」ヨリ確實ナル鼻癌ノ只十三例ヲ蒐集スルコトヲ得タリ、Kümmel ハ一千八百九十六年迄ニ四十例ヲ蒐集セリ、M. Schmidt ハ一千八百九十五年迄ニ九例ヲ實驗觀察セリ、其外 Majutin ノ「モノグラフキー」ニ記載セラレタル十七例アリ、Z. Donogány u. Z. v. Lénárt 兩氏ハ千九百〇四年ニ自己ノ實驗七例ヲ追加シ從來「リテラツール」ニ現ハレタル全症例ヲ八十四例ナリトセリ、其後今日迄ニ本邦ニ於テ報告セラレタル症例ハ余ノ檢索シ得タル處ニテハ五例アリ即伊藤博士(隼三)ノ一例、岡田博士ノ一例、吉井丑三郎氏ノ二例、新井秀雄氏ノ一例ナリ、之ニ余ノ實驗六例ヲ合スルトキハ全症例ハ一百一例トナル。

最近本業報ニ現ハレタル、佐藤博士(勤也)ノ癌統計表中、鼻癌一例アリ、阿部學士ノ統計表中、上顎癌六十四例アレドモ、皆顯微鏡的檢査ヲ缺クヲ以テ數ニ加ヘズ。

Winiwarter ノ五百四十八例ニ基ケル癌腫統計ニ於テ外鼻ノ癌腫三十例アルモ、內鼻ニ於ケルモノ一例モナシ、Bondes ノ統計ニヨレバ一萬人ノ患者中內鼻ノ癌腫只四

鼻茸ヨリ癌腫ニ變性(„Transformation")スルヲ得ルヤ否ヤノ問題ナリ從來鼻茸ハ惡性ニ變化スルコノ好適例ニ擧ゲラレシモ Billroth ノ研究以來此變型說ニ一大動搖ヲ與ヘタリ加之 Semon 氏ノ綜合研究ニヨリ喉頭及上部氣道ニ於テ此「トランスホルマチオン」ハ極メテ稀有ナル出來事ナルコトヲ決定セラレタリ。然シナガラ尙凡テノ方面ヨリシテ鼻茸ガ癌腫ノ成立ニ付テ尤密接ノ關係ヲ有スルモノナリ、トノ論ハ信ヲオカレツヽアリ、即此說ニヨレバ鼻茸ハ時ヲ經ルニ從ヒ漸次癌腫ニ變化スルコヲ得ルモノナリ、此問題ヲ解決センニハ、同一ノ腫瘍ヲ種々ナル時期ニ於テ觀察シ其移行變化スル狀態ヲ一々探索セザルベカラズ、此事タルヤ頗ル至難ノ業ニシテ、是迄尙充分ニ立證シタル者ナシ、鼻茸ト癌腫ト同時ニ鼻內ニ存在スル事ハ、往々見ル處ナレドモ之ヲ以テ直ニ鼻茸癌變ノ標徵トナス能ハズ何トナレバ、鼻茸ハ甚屢存在シ隨テ癌腫ト同時ニ發現スル事ハ有リ得ベキ事實ナルヲ以テナリ、只此ノ說ニ對シ比較的有力ナル證明ヲ與フルモノハ Bayer 氏ノ例及 Donogány—Lénárt 氏例之レナリ。

B 氏ノ例ハ五十歲ノ强壯ナル男子ノ右鼻內ニ於テ上壁ヨリ下甲介迄懸垂セル有莖腫瘍ニシテ其下端ハ赤色顆粒狀ヲ呈シ潰瀾セリ基礎部ハ普通ノ鼻茸ノ如ク黃

頗ル至難ニ屬ス何トナレバ鼻癌ヲ患フル者一トシテ鼻粘膜ノ慢性炎ヲ缺如セザレバナリ故ニ之ヲ斷定スルニハ頗ル愼重ナルヲ要ス、或人ハ臭鼻ヲ以テ原因ニ歸セリ、然シナガラ之ハ實際ニ於テ腫瘍ノ壓迫ノ爲メニ來タレル粘膜ノ萎縮及腫瘍ノ潰爛、分泌物ノ蓄積ニ因スル惡臭ヲ誤認セシモノナルベシ。

Newmann 氏ノ例ハ格魯謨酸製造所職工ニ發生セシモノナリシヲ以テ有害瓦斯ノ刺戟ヲ以テ其因ナリト說ケリ。

他ノ學者ハ外傷ヲ以テ其原因ト見做セリ假令 Delstanche ノ例ニ於テハ頭部打撲後多量ノ出血ヲ起シ其レヨリ癌腫ヲ發生セリト余ノ例ニ於テモ或患者ハ外傷ヲ以テ其因ナリト訴フルモノアレモ之ハ決シテ信ヲ措クベキモノニ非ズ出血ヲ來ス際ニハ既ニ已ニ癌ノ發生セル後ニシテ眞ノ元始ハ遠ク其以前ニアリト思ハザルベカラズ。

Barsilai, Verneuil 氏等ハ尿酸「ヂアテーゼ」ヲ以テ其因ナリト說ケリ。

Jackson clarke (1892) ハ鼻中隔ヨリ發生セル癌腫ノ一例ニ於テ癌細胞內ニ「スポロツオーエン」ヲ發見シ原因的意義ヲ有スルモノトナセリ。

次ニ原因上甚興味アル問題ニシテ現今尙議論紛々タルハ鼻ノ良性腫瘍殊ニ粘液

上例ノ如ク吾人ハ實際上鼻癌患者カ以前鼻茸ノ爲メニ頻回手術セラレタルコトヲ聞クコト稀ナラズ斯ノ如キ例ニ於テ果シテ皆良性ノ「ポリープ」ヨリシテ癌腫ニ變化セシモノト斷定スベキヤト云フニ之レハ大ニ熟考ヲ要スベキ點アリ即チ

(一)或場合ニ於テハ此兩者ハ特別ノ原因的關係ナク偶然同時ニ發生スルコトアリ既ニ Billroth ガ證明セシ如ク以前ニ鼻茸ヲ患ヒタル人ノ鼻粘膜ハ腫瘍發生ニ特別ノ素因ヲ有スルモノナリ此影響ノ下ニ惡性腫瘍ヲ發生セバ少クトモ「變型」ト認ムル能ハザルナリ

(二)他ノ場合ニ於テ此兩者間ニ多少ノ關係ヲ存ス假令

(イ)今玆ニ普通ノ「ポリープ」組織ノ偏勝セル癌腫トノ混合腫瘍アリトセンカ腫瘍ガ此性質ヲ失ハサル間ハ普通ノ良性ナル鼻茸ト外觀的少シモ異ナル處ナキヲ以テ看過セラルヽモ、今若シ此腫瘍ガ再發ノ爲メニ反復手術セラルヽニハ其刺戟ノ爲メニ組織的性質ヲ變化シ「ポリープ」樣組織ハ益退化スルニ反シ癌組織ハ愈發育旺盛ヲ極メ遂ニ外觀的全ク癌腫トシテ認メラルヽニ至ル、此ノ如キ例ニ於テハ何人モ先ツ第一ニ變型說ニ左袒スベシ然レドモ最初ニ遡ルニハ既ニ已ニ當初ヨリ混合腫瘍トシテ發生セルモノナリ之ヲ證明センニハ同一患者ニ就テ種々ナル時期

色透明ナリキ寒系蹄ヲ以テ摘出シ治癒セリ、組織的檢査ノ結果上部ハ普通ノ鼻茸組織ト異ナル處ナキモ下部ハ全ク絨毛癌ナリキト云フ、D氏ノ例ハ五十二歳ノ男子ニシテ蔓延セル癌腫ノ一部分ニ於テ普通ノ鼻茸ノ外觀ヲ呈セル小ナル腫瘍アリ之ヲ摘出シテ鏡檢セシニ上三分ノ一ハ普通ノ鼻茸ノ如キ浮腫狀ヲナセル結締織ヨリナリ其ノ間隙ニハ纖維素網及僅ノ圓形細胞「プラスマ」細胞等ヲ含メリ之レニ反シ下三分ノ二ハ全ク癌腫ナリキト云フ、而テ氏ハ尙其腫瘍發生ニ就テ大部分ハ左下甲介ヨリ發生セルモ癌變部分ハ「ポリープ」ノ表面ヲ被覆スル處ノ圓柱上皮ノ基礎細胞ヨリ多發的ニ發生セルモノナルコトヲ證明セリ此例ヨリシテ氏ハ良性ノ「ポリープ」ガ癌腫ニ變化シ能フモノナリト結論セリ Michel 氏ノ例及 Schmiegelow ノ報告セシ Schäffer 氏ノ例ハ同樣ナルモ精細ナル記載ヲ缺ク爲メ此問題ニ對シ充分ナル論據トナスニ足ラズ、本邦ニ於テモ新井秀雄氏ハ同樣ノ一例ヲ報告セルモ組織的記載不充分ナル爲メ有力ナル證明トナス能ハズ Fink ハ多年中鼻道ニ於ケル鼻茸ノ爲メ手術セラレタル一患者ニ於テ最後ニハイモル氏竇ヲ開放セシニ癌腫ヲ發見セリ茲ニ於テ氏ハ竇內「ポリープ」カ癌變セルモノナラント云ヘリ勿論推想ニ過ギザリキ。

トスルニ考フルヲ鼻茸癌變說ノ價値亦推知スベキオヤ其他原因的關係上茲ニ記載スベキハ Michelson 氏ノ例 (Z. f. D. 40. 1902.) ニシテ第三期梅毒ト圓柱細胞癌ト混合セルモノナリキ此腫瘍ハ一部分護謨腫性ニシテ一部分ハ癌腫ナリキ蓋シ思フニ偶然同一時期ニ發生セシモノナラン。

鼻癌ノ種類並ニ發生

鼻腔內ニハ如何ナル種類ノ癌腫ヲ發生スルヤト云フ點ニ就テ諸學者ノ記載ヲ按ズルニモリツツ、シユミツト M. Schmidt ハ曰ク上部氣道ニ於ケル癌腫ハ最多ク上皮腫ノ形ニ於テ來リ稀レニ柔軟ナル膠樣癌尙稀ニハ硬性癌トシテ現ハルト云ヘリ Kümmel ハ圓柱上皮癌ト扁平上皮癌ノ二種ニ區別シ後者ハ鼻前庭ノ扁平上皮ヨリ發生シ或ハ內鼻ニ於ケル圓柱上皮ノ「メタプラジー」ニ因テ生ジタル扁平上皮ヨリ發生スト云ヘリ。

Cordes ハ鼻癌ヲ四種ニ區別セリ即

(一)圓柱上皮癌　(二)扁平上皮癌絨毛癌ヲ含ム)

(三)腺癌　(四)膠樣癌之レナリ

Donoguiy u. Lénárt ハ三種ニ區別セリ即扁平上皮癌圓柱上皮癌—基底細胞癌之レ

ニ其組織的檢査ヲ行ハザルベカラズ此事タルヤ甚ダ至難ナリ。

(ロ)原發性癌腫ノ周圍部ニ於テ腫瘍ノ刺戟幷ニ結果症狀タル順還障碍ノ爲メニ「ポリープ」ヲ發生シ其レガ爲メ癌腫ハ一定時日間隱蔽セラルヽコアリ吾人ノ意見ニヨレバ鼻茸ナルモノハ粘膜ノ慢性刺戟ノ結果トシテ成レル浮腫性肥厚ナルヲ以テ癌腫ガ刺戟物トナリテ「ポリープ」ヲ發生スルコトハ疑ヲ容レズ斯ノ如クシテ成立シタル「ポリープ」ガ手術的ニ除去セラルヽ片ハ癌ハ始メテ吾人ノ目ニ發見セラル此ノ場合ニ於テハ臨床上恰モ變型セルガ如キモ其實然ラザルナリ。

上述ニヨリ鼻茸ヨリ癌腫ニ變化スルト云フ變型說ヲ適用センニハ是等ノ關係ニ想到シ最モ精細ナル觀察ト注意ノ下ニ行ハザルベカラズ要スルニ此問題ニ就テハ從來尙充分滿足ナル解決ヲ與ヘタルモノナシ Bayer 氏ノ例 Donagany 氏ノ例稍々信ズルニ足ルベキモ之レトテモ決シテ絕對的ニ確實ト云フヲ得ズ殊ニD氏ノ例ノ如キ既ニ蔓延セル癌腫ノ一部分ニ於テ小ナル「ポリープ」狀腫瘍ヲ發生セルモノナルヲ以テ癌腫組織ノ周圍部粘膜ガ一時刺戟ニヨル炎症性浮腫ノ爲メニ「ポリープ」狀ヲ呈スルニ至ルモノナルヤ知ル可カラズ甚ダ疑ハシキモノト思考ス況ンヤ鼻茸ノ多クハ粘液纖維腫性ニシテ腸胃ノ「ポリープ」ノ如キ腺腫性ナラザルヲ常

テモ亦此化生行ハル、ハ既ニ古來ヨリ定說セル處ニシテ Schuchardt 以來此化生ガ癌腫成立ニ重要ナル意味ヲ有スルコトヲ稱スルニ至レリ氏ハ諸方面ヨリ研究シ假令恒存的ニハアラザルモ臭鼻及他ノ鼻腔及副鼻腔慢性疾患ニ於テ此上皮化生ノ行ハルヽコトヲ證明セリ、此化生シタル扁平上皮細胞ヨリ癌腫ヲ發生スル事ハ今日迄未ダ確ニ立證シタルモノナシト雖モ實際ニ於テ必ラズ有リ得ベキ事實ニシテ且ツ此種類ノ成立ヲ最多シト思考ス。

(二)上顎竇ニ於テハ彼ノ胎生期齒牙發育ノ際顎骨齒槽緣ニ存スル表皮細胞被ガ深部ニ向テ侵入シ其絞搾ニヨリ実端ニ琺瑯器ヲ生ジ其間ノ連續ニ於ケル上皮細胞餘剩ハ後來其一部分ヨリ永久齒ノ琺瑯器ヲ形成スレモ大部分ハ齒根ノ周圍ニ於テ結締織内ニ包裹セラレ屢高年ニ至ル迄存在シ加之却テ增殖ノ狀態ヲ呈スルコトアリ之ヲ Débris epithéliaux paradentaires, Malassez ——マラセツツ氏齒周圍上皮細胞餘剩ト稱ス氏ガ上顎骨齒囊腫ノ發生ニ就テ精細ニ研究シタル處ニ係リ此細胞ヨリ諸種ノ表皮細胞胚瘍ヲ發生スルコトハ實際可能ノ事實ナリトス之レヨリ癌腫ノ發生スベシトノ說ハ初メテ Bruns 及ビ Partsch 氏等ノ稱道セシ所ニシテ Killian, Zarnico 等大ニ之ニ贊成セリ此種ノ發生方法ニヨリテ起ル處ノ癌腫ヲ吾人ハ Killian

ナリ。

從來ノ記載ヲ綜合スルニ鼻腔内ニハ凡テノ種類ノ癌腫ヲ發生スレドモ就中扁平上皮癌ヲ最多シトス之レニ次グハ腺癌ニシテ最稀レニ硬性癌トシテ來ルガ如シ。抑モ鼻腔内粘膜ハ固有鼻腔並ニ副鼻腔共ニ顫毛圓柱上皮ヲ以テ被覆セラレ只前庭ノ一部ノミ扁平上皮ヨリ被覆セラル此圓柱上皮ヲ以テ被ハル、部分ヨリシテ扁平上皮癌ノ發生スルハ如何ナル方法ニヨルカ之レ考究ヲ要スベキ問題ナリ。

之レニ二個ノ可能ナル場合アリ

(一)圓柱上皮ノ「メタプラジー」ニ因テ生ジタル扁平上皮細胞ヨリ發生スルコト

上皮細胞ノ化生ハ身體諸臟器ニ於ケル粘膜ノ慢性炎症或ハ腫瘍ニ於テ屢實驗セラル、處ニシテ異所的扁平上皮細胞ガ所謂迷芽ニヨラズシテ局所細胞ノ化生ニヨッテ發現スルモノタルハ近時諸學者ノ全然承認スル處ニシテ Fütterer ノ胃粘膜ニ於ケル實驗及ビ Fischer ノ乳腺ニ於ケル動物試驗ハ其顯著ナルモノナリ其ノ外鼻腔、上顎竇、耳、喉頭、氣管、氣管枝、肺臟、膽囊、腎盂、膀胱、尿道、子宮、睾丸等ニ於テ細胞ノ化生ノ行ハル、コトハ既ニ人ノ知ル處ナリ之レニ就テハ本業報第壹號ニ於テ長與學士ノ肝臟扁平上皮癌ニ關スル報告中ニ詳論セラレタル處ナリ鼻腔内ニ於

組織ノ深部ニ侵入セズ然シ乍ラ一般ニ此良性ノ腺腫ヨリ癌腫ニ變化スルコアルハ諸學者殊ニ恩師山極博士等ノ熱心ニ主張セラル、處ニシテ殆ド疑ヲ容レズ。Marchand 氏上顎竇腺腫ニ就テ記載シテ曰ク稀レニ惡性ノ傾向ヲ有シ終ニ腺癌ヲ發生スルモノアリ其惡性ナルコトハ他ニ類ヲ見ズ癌中ノ尤モ惡性ナルモノニ屬ス云々ト。

Moure モ鼻ノ腺腫ハ屢々癌ニ變化スル傾向ヲ有スルノ點ヨリシテ鼻ノ腺腫ノ危險ナル事ヲ豫知シ置クコヲ要スト云ヘリ。

之レニ反對ナルハ Thorner 氏ノ說ニシテ氏ハ定型的ノ鼻癌ヲ實驗シ附言シテ曰ク良性腺腫ガ癌腫ニ變化スルコトハ信スベカラス、吾人ハ初メヨリ惡性トシテ起ル處ノ腺腫ノ一形態アルコトヲ信ゼント欲ス而シテ之ハ假令長期間良性腺腫ト區別スルコトヲ得ザルトハ云ヘ惡性或ハ破壞性腺腫ト稱シテ區別スルヲ至當トス、云々」。此說タルヤ勿論憶測ニ止リ確乎タル論據ヲ缺クヲ以テ信ズルニ足ラザルモノト思考ス。

鼻ノ腺癌ニ就テ Donogány u. Lénárt ハ記載メ曰ク之ニ圓柱上皮ヨリ發生スルモノト、球形乃至長形ノ基底細胞ヨリ發生スルモノトアリ故ニ腺癌ナル名稱ハ癌ノ徴

氏ニヨリ齒根癌 Zahnwurzel-Carcinom ト稱シテ區別セントス上顎ノ臼齒ハ上顎實ト最親密ナル關係ヲ有スルヲ以テ其ノ腫瘍ハ迅速實內ノ粘膜ニ蔓延スル而シテ原發性上顎實癌トシテ說明セラル此種ノ症例ハ既ニ Renault, Vernuil, Reinhard, Espine, Hammer, Borchard Helmann 等ノ報告セシ處ナリ。

尙扁平上皮癌ノ一種トシテ記載スベキハ扁平上皮ヨリ形成セラレタル乳嘴腫樣腫瘍ニメ絨毛癌 Zotten-Krebs ト稱スルモノナリ Billroth ノ初メテ記載セシ處ニシテ其外 Kiesselbach, Hellmann, Citelli u. Calamida. Hopmann, Bürgner 氏等ノ症例之ニ屬ス

鼻癌ノ他ノ種類ハ腺癌ナリ。

腺癌ハ元來鼻腔內ニ於テハ甚稀ニシテ今日迄ノ報告例ハ余ノ調查シタル處ニヨレバ只八例アルノミ即 Guglieno, Newmann, Newcomb. Thorner, Hopkin u Wrigth, Citelli u. Calamida, Cordes, Poliak, ノ症例之ナリ。

Seifert u. Cahn 氏ノ「アトラス」ニ於テ鼻翼ノ腺癌ヲ記載セリ然シ乍ラ鼻粘膜ノ癌腫ハ記載セザリキ、Newmann ハ鼻ノ癌腫樣腫瘍ノ 2—3 ハ上皮腫 1—3 ハ腺癌ナリト云ヘリ此腺癌ハ眞正ノ腺腫ヨリ區別セザルベカラズ乙ハ腺ノ限局性增殖ト了解スベキモノニシテ腫瘍細胞ハ其構造並ニ集成ニ於テ尙腺ノ原形ニ類似セリ且

鼻癌ノ發生部位

多クノ成書ノ記載スル處ニヨレバ鼻癌ハ最多ク鼻中隔殊ニ其前端ニ原發ス岡田博士ノ一例並ニ余ノ二例亦然リ次ニ多キハ鼻腔側壁殊ニ下甲介ノ部分ナリ然シ此部分ニ於ケルモノハ多クハハイモル氏竇ニ發生セル腫瘍ノ内壁ヲ破リ鼻腔内ニ蔓延セルモノナリ。

鼻腔天蓋並ニ後部ニ於テハ稀レナリ。Schmidt ハ鋤骨ノ後端ヨリ發生セル癌腫ノ三例ヲ見タリト云フ。

Donogány u. Lénárt ハ上記ノ記載ニ反シ統計上中甲介ノ部分ニ最モ多發スト云ヘリ(五十%)之ニ次グハ下甲介及鼻中隔ナリ氏ノ意見ニヨレバ中甲介ノ部分ニ斯ノ如ク多キハ此部分ニ發生スルモノハ上顎竇篩骨蜂窩等ニ原發セル症例ノ大部分ヲ含有スルヲ以テナラント實際ニ於テ既ニ蔓延セル場合ニハ此鑑別ハ困難ナル事ヲ多シトス。

余ノ實驗シタル六例中四例ハ上顎竇、二例ハ鼻中隔ニ原發セルモノナリキ。

今「リテラツール」ニ現ハレタル症例中確ニ發生部位ヲ記載セルモノヽミヲ蒐集シ之ニ余ノ實驗六例ヲ加算シ統計表ヲ作ルトキハ左ノ如シ

細ナル組織學的ノ名稱ニ非ズ宜シク圓柱上皮癌ト基底細胞癌トニ區別スルヲ至當トスト云ヘリ。

氏ノ記載ニヨレバ

圓柱上皮癌ハ鼻粘膜表面或ハ腺管ニ於ケル圓柱上皮或ハ甄毛圓柱上皮ヨリ發生スルモノニシテ Schmiegelow, Lembowsky, Baber, Bertemis, Finder 氏等ノ症例之ニ屬ス。

基底細胞癌ハ Krompecher 氏ノ檢究シタル意味ニ於テ粘膜ノ基礎膜ニ近キ球形骰子形ノ「クロマチン」ニ富ミタル幼若ナル基底細胞ヨリ發生スルモノニシテ鼻ニ於テハ Donogány u. Lénárt ガ始メテ六例ニ就テ記述セルヲ嚆矢トス。

兩氏ハ曰ク從來「リテラツール」ニ於テ膠樣癌、上皮癌腺癌ノ名稱ヲ以テ報告セラレタル症例ハ恐ラク大部分此基底細胞癌ナルベシト。

余ハ自己ノ症例ニ於テ未ダ此種類ノ癌ニ接セズト雖モ多數ノ症例中ニハ必ズヤ此種類ノ癌發生アルベク兩氏ノ稱フル處決シテ不當ノ說ニ非ラザルヤ論ナシ頃日山極博士ハ子宮膣部癌ニ於テ同樣ノ實驗ヲ積マレタルヨリ考フルモ同ジ圓柱上皮ヲ被覆スル鼻粘膜ニ於テ亦此種類ノモノ存在スルヤ實ニ明白ナル事實ナリトス。

リ、家系ニ於テ遺傳病ナシ

（既往症）患者生來極メテ壯健ニシテ本病ヲ患フル迄藥石ヲ口ニシタルコトナカリキ、明治三十八年十二月山林ニ於テ薪材採集ニ從事セル際誤テ鼻部ニ外傷ヲ受ケ衂血ヲ起シ爾來本症ヲ發スルニ至レリト云フ、其頃ヨリ右鼻腔內ヨリ絕ヘズ粘液膿性ノ分泌物アリ時々血液ヲ混シ且惡臭アリ、鼻腔閉塞ヲ覺ユルニ至レリ、斯クテ日ヲ經ルニ從ヒ閉塞ハ漸次高度トナリ遂ニハ全ク疎通スル能ハザルニ至リ、尙流涙、頭痛、頭重、不眠等ノ症狀ヲ來シ、日夜心神快々トシテ樂マズ、翌年一月始メテ某醫ノ診ヲ乞ヒ鼻茸ナル診斷ノ下ニ諸種ノ藥物的治療ヲ施サレシモ更ニ奏効ナク却テ諸症漸次增惡スルニ至レリト、斯ノ如キ症狀ノ下ニ一ケ年ヲ經過シ本年ニ入リシモ凡テノ症狀依然トシテ變セス、益增惡ノ傾アリ即右鼻腔內ヨリノ惡臭性膿性分泌物ハ益多量トナリ且入口部ニ指頭ヲ插入スルヤハ、柔軟ナル腫瘍塊ヲ觸知スルニ至リ、容易ク出血セリ、頭痛ハ愈々劇甚ニシテ少シモ輕快スルノ時ナク、時トシテ神經痛樣ニ近隣ニ放散シ患者ノ苦惱益加ハルノミ、三月初旬ヨリシテ同側頰部少シク腫脹セリト、七月一日主治醫ノ紹介ヲ以テ余ノ許ニ診ヲ乞フ。

（當時ノ現症）體格營養中等、顏貌ハ蒼白土色ニシテ、一見「カヘキシー」ノ狀態著明ナ

發生部位	症例數	%	數
鼻中隔	一〇	一八	%
中甲介	二二	四一	%
下甲介	一〇	一八	%
上顎竇	六	一一	%
鼻腔天蓋	三	五	%
蝴蝶骨	二	三	%
計	五三		

即上表ニヨルトキハ、中甲介ノ部分ニ最モ多シ、之レ前述セル如ク上顎竇、篩骨蜂窩等ニ原發セルモノヲ包含スルニヨルナルベシ。

○實例

愛知縣知多郡內海町

農　中島○よ　五十三歲

第一例

（血族）兩親共ニ老衰ニテ逝ケリ、同胞一人アリ健在ス、患者ハ三兒ヲ擧ゲ皆健康ナ

切開ヲ施シ、上顎竇前壁ヲ露出セシニ、既ニ此部分ニ於テ骨質ニ大ナル缺損アリ、腫瘍ハ此穿孔ヨリ外部ニ膨出セリ茲ニ於テ穿孔緣ヲ骨鉗子ヲ以テ開大シ、竇内腫瘍ヲ出來得ル限リ、大銳匙ヲ以テ掻把セリ、然ルニ術中竇内ヨリ血液漾々トシテ噴出シ暫時ニシテ患者ノ狀態不良トナリシヲ以テ、不得止、手術ヲ中止シ、「カンフル、エーテル」及殺菌食鹽水ノ注入ニヨリ漸ク其狀態ヨリ快復スルコトヲ得タリ、爾來腫瘍ハ益增殖蔓延シ顔面ノ腫脹ハ、日ヲ追テ愈高度トナリ、遂ニ眼球ノ突出ヲ起スニ至リ且上顎竇前壁ノ手術創ヲ通ジテ口腔内ニ出デ進デ下顎ニ迄達シ下顎ノ齒牙ハ腫瘍ノ組織内ニ埋沒セラルヽニ至レリ、此當時腫瘍ノ表面ハ汚穢黑褐色ヲ呈シ非常ナル腐敗臭アリ、少シク接觸スルトキハ直チニ出血ス、腫瘍ノ口腔内ニ蟠レル爲メ患者ハ下顎ヲ動カスコト能ハズ、動カス時ハ直ニ出血スルノ慘狀ヲ呈スルニ至レリ、茲ニ至テハ最早施スノ術ナク、只與奮藥ノ内服、皮下注射ニヨリ往苒觀望セリ、斯ノ如クシテ患者ハ營養ヲ攝取スルコト能ハズ、絕ヘズ流涎、嘔氣アリ食氣全ク缺損シ漸次衰弱ニ陷リ九月三十日遂ニ鬼籍ニ登レリ。

剖檢記事（病理敎室主任、林直助氏執刀）

體格中等、營養不良、羸瘦セル一女屍、顔面ハ頰部ニ於テ高度ニ腫脹シ爲メニ稍不正形ヲ呈シ、口角ハ一方ニ牽歪セラル、腫脹部ヲ壓スルニ一般ニ軟泥狀ニシテ波動ヲ觸レズ、口腔内右側ニ於テ殆ンド口腔半部ヲ充塡セル腫瘍塊アリ、上顎ヨリ突出ス、皮膚一般ニ乾燥シ彈力ニ乏シ、眼瞼結膜ハ其色淡、口腔粘膜同ジク其色淡ナリ

死强ハ四肢ノ諸關節、下顎關節ニ存ス、死斑ハ項部ニ於テ少シク存在シ、皮下結締織ノ發青中等、筋肉ノ發青不良ナリ。

リ、視診上右頬部一般ニ稍膨隆シ、壓スルニ彈力性硬ニシテ疼痛ナシ、頸腺、肘腺ノ腫脹ナク、胸腹部ノ理學的診査異常ヲ認メズ、脈搏強實、一分間七十二至、便通尿利普通食慾亦異常ナシ。

檢鼻所見　前檢鼻法ヲ行フニ、右鼻腔内ハ、入口部ニ至ル迄、汚穢灰白色柔軟ノ腫瘍塊ヲ以テ充塡サレ、黄綠色ノ膿汁ヲ以テ圍繞シ、非常ナル惡臭アリ、探子ヲ以テ接觸スルニ、柔軟ニシテ容易ニ出血ス、左鼻腔内ヲ檢スルニ、粘膜一般ニ輕度ニ充血セルノ他異常ヲ認メズ、後檢鼻法ヲ施スニ鼻咽腔粘膜輕度ノ加答兒狀態ヲ呈スルノ他著變ナシ。

（臨床上診斷）　鼻腔肉腫

（治療及經過）　入院手術ヲ勸告シタルニ即日入院セリ、因テ翌日第一回手術ヲ施行セリ、患者ノ高齡ナルト既ニ著シキ惡液質ニ陷リ、身體衰弱セルヲ以テ、到底出血的大手術ニ堪ヘ難シト認メ、只姑息的ニ鼻腔内ノ腫瘍ヲ出來得ル限リ除去シ空氣ノ疎通ヲ圖リ一時苦惱ヲ緩解セントノ目的ヲ以テ二十%古加乙涅水、五千倍アドレナリン水塗布ノ下ニ鋭匙並ニハルトマン氏鉗子ヲ以テ、腫瘍塊ヲ出來得ル限リ、搔把或ハ鉗出セリ、手術ノ際出血中々多量ナリシガ「ガーゼ」「タンポン」ニヨリ止血セリ、術後二三日間ハ鼻腔開通シ患者輕快ヲ覺エルモ又直ニ閉塞ヲ起スヲ以テ、爾來九月初旬ニ至ル迄再三再四、手術ヲ施シ腫瘍塊ヲ除去セリ、然シ容易ニ閉塞シ患者ノ苦惱去ラザルヲ以テ、九月十七日ニ至リ今度ハ可及的全部ヲ切除スル爲メ、デンケル氏鼻腔内惡性腫瘍剔出法ノ式ニ準ジ、口内上唇附着部ニ於テ横

(五)喉頭、氣管及氣管枝ニ於ケル慢性加答兒

(六)卵巢内ニ於ケル硬固ノ塊物(組織檢査上グラーフ氏胞ノ變化セルモノナリキ)

組織的所見

蔓延セル腫瘍中、前頭竇ヨリ一個、上顎竇内壁ニ近キ部分ヨリ一個外鼻口ニ近キ部分ヨリ一個ノ小片ヲ截取シ、「ツエルロイヂン」包埋法ニヨリ薄切標本ヲ作リ之ニ「エオヂン、ヘマトキシリン」重複染色法或ハ「ワン、ギーソン」氏染色法ヲ施シ鏡檢ヲ施セルニ其所見左ノ如シ

(A) 前頭竇内ヨリ截取セルモノ

肉眼的及「ルーペ」廓大所見

標本ハ一般ニ紫赤色ニ染ミ所々「エオヂン」ニヨリ濃赤色ヲ呈スル部分アリ至ル處微細線狀ノ間隙ノ錯綜セルヲ認ム。

鏡下所見

標本内至ル處、大小種々ナル上皮細胞巢アリ、其形圓形ナルアリ、橢圓形ナルアリ不正形ナルアリ、種々ナレドモ一般ニ中心部ニ於テ空隙ヲ生ズル傾アリ、小ナル胞巢ニ於テハ全ク細胞ヲ以テ充實スレドモ少シク大トナルニ從ヒ中央部ニ暗赤色無

胸腹部臟器ニ於テ、腫瘍ノ轉移ヲ認メズ、且著變ナキヲ以テ其記事ヲ省略ス、只記スベキ變化ハ右心室ノ前面ニ於テ不正形蠶豆大ノ腱斑一個ヲ認メタルト、前縱隔膜腔脂肪内ニ於テ淋巴腺一個豆大ニ肥大セルコト、及兩側卵巢其形大トナリ、内ニ數多ノ堅キ豆大ノ塊ヲ容レタルコト等ナリ。

頭蓋腔ヲ開クニ、腦髓ニ於テ著シキ變化ヲ認メズ、頭蓋底ヲ檢スルニ

前頭蓋窩ニ於テ篩骨櫛ノ兩側ハ左右共ニ其骨質軟化シ、此部分ニ淡灰白色柔軟ノ腫瘍塊ノ增殖ヲ見ル、頭蓋ヲ矢狀斷シテ鼻腔ヲ中隔ニ於テ開キ、之ヲ檢スルニ左右上顎竇、蝴蝶骨竇、前頭竇ハ悉ク新生腫瘍塊ヲ以テ充塡シ、殆ンド餘ス所ナシ、右上顎骨ハ大部分破潰セラレ、腫瘍ハ此破潰口ヲ通ジテ口腔内ニ突出シ、尙後方咽頭腔ニ達シテ、上方ハ鼻咽腔ニ及ビ下方ハ懸壅垂ヲ壓排セリ、扁桃腺右側豆大ニ腫脹シ、其色淡ク構造稍不明、軟化狀ヲナセリ、喉頭並ニ氣管上部粘膜一般ニ滑澤ニシテ色淡粘稠ナル粘液ヲ以テ被ハル。

解剖上ノ診斷

(一)上顎竇、前頭竇、蝴蝶骨竇ヲ充塡セル惡性腫瘍

(二)心臟右室前壁ニ於ケル腱斑

(三)縱隔膜淋巴腺肥大

(四)右口蓋扁桃腺肥大

ナル出血竈アリ其周圍ハ一般ニ多數ノ圓形細胞浸潤ヲ認ム、其外或一部ニ於テハ粘液變性ニ陷レルヲ見ル。

(B) 上額竇內ヨリ截取セルモノ

肉眼的及「ルーペ」擴大所見

一般ニ紫赤色ヲ呈シ所々線狀乃至不正形ノ裂隙アリ表面ノ部分幷ヒニ之レヨリ樹枝狀ヲナシテ侵入スル間質ノ部分ハ淡赤色ヲ呈セリ。

鏡下所見

大體ニ於テ前切片ト異ナル所ナシト雖モ此標本ニ於テハ一般ニ前標本ニ比シ胞巢細長ナルモノ多ク其中央部ニ於テ汚穢暗赤色ヲ呈スル變性壞死竈ヲ認メ大ナル胞巢ニ在テハ其中心或ハ周邊ニ不正ナル空隙ヲ作レリ、此變性竈ト間質トノ間ニアル腫瘍細胞層ハ其厚徑一胞巢中至ル處殆ンド同一ニシテ爲メニ或場處ニテハ一見管狀腺ノ斷面ヲ見ルガ如シ加之變性竈ニ面セル側ニ於テ腫瘍細胞ノ一列扁平トナリ恰モ內皮細胞ニ類スルモノアリ然レドモ眞正ノ內皮細胞ニ非サルヤ明ナリ胞巢內細胞ノ形狀ハ前切片ト異ル處ナシト雖モ胞巢周緣ノ部分ニ存在スル細胞ハ圓柱狀ヲ呈シ中央部ニ至ルニ從ヒ多角形ヲ呈セリ其ノ他ノ處々ニ於テ

組織樣ノ像ヲ呈スル部分ヲ生ジ、其部分ハ胞巢ノ益大トナルニ從ヒ遂ニ中心部ニ於テ不正形ナル空隙ヲ形成スルニ至ル、該變色部ヲ強廓大ノ下ニ檢スルニ境界不明ナル無核暗赤色細胞ノ集合ヨリナリ點々「クロマチン」顆粒片ノ散在スルヲ見ル、胞巢內腫瘍細胞ト此變色部乃至罅隙ノ境界ハ或場處ニ於テハ比較的判然タリト雖モ多クハ漸次ニ移行シ其移行部ノ一帶ハ細胞核小圓形乃至小楕圓形ヲ呈シ核膜ヲ失ヒ「ヘマトキシリン」ニヨリ稍濃染セリ即知ル此變色部ハ腫瘍細胞ノ變性壞死ニ因リテ起リシモノニシテ其崩壞ニヨリテ罅隙ヲ形成スルモノナルコトヲ。

胞巢內腫瘍細胞ノ形態ハ多形ニシテ多角形ヲ呈シ大サモ種々ニシテ「ヘマトキシリン」ニヨリ濃染スル胞狀ノ核ヲ有ス、細胞中膨大シ「エオジン」ニヨリ強ク赤染スル扁平上皮樣ノ觀ヲ呈スルモノ少ナカラズ其他小ナル胞巢內ニ在テハ所々細胞ノ角化セルモノ、硝子樣變性ニ陷レルモノ及小ナル「ペルレ」ヲ認ム。

間質ハ一般ニ胞巢ニ比シ甚ダ多カラズ主トシテ比較的緻密ナル結締織纖維ヨリナリ、腫瘍ノ表面ヲ被ヘル一帶ヨリ樹枝狀ヲナシテ深部ニ侵入シ大小ノ胞巢ヲ區劃セリ腫瘍實質ト間質トノ境界ハ至ル處儼然トシテ更ニ移行スルガ如キ像ヲ認メズ處ニヨリテハ其間ニ裂隙ヲ存ス、表面ニ近キ部分ニ於テハ間質內ニ大小種々

トノ境界ハ比較的判然タリ、之レ本例ニ於テ注目スベキ處ナリトス。

癌細胞ノ形狀ハ胞巢壁上ニ於テハ稍圓柱形ヲ呈スルモ中央部ニ於テハ多形性ナリ癌眞珠層疊體ハ少ナク只處々ニ於テ小ナルモノヲ認ムルノミ。

本例ニ於ケル癌發生部位ハ鼻腔內何レノ部分ナリヤト云フニ臨床上吾人ノ始メテ實驗セシ時ニハ旣ニ腫瘍ハ全鼻腔內ニ蔓延シオリテ全ク原發部位ヲ探究スルコトヲ得ザリキ、只剖檢上ノ所見ヨリシテ上顎竇內壁ノ上部邊ニ發生シ其ヨリ四方ニ蔓延增殖シ固有鼻腔ハ勿論、前頭竇蝴蝶骨竇迄モ充塡スルニ至リシモノナルコトヲ大凡推測スルコトヲ得セシメタリ。

發生ニ就テハ本例ノ如キハ確ニ前庭ヨリ發生セシモノニ非ズ然ラバ上顎竇粘膜ノ圓柱上皮細胞ノ扁平上皮ニ化生スル性ヲ獲得セルモノヨリ發生セシモノナルカ或ハ所謂マラセツツ氏齒周圍上皮細胞餘剩ヨリ發生セシモノナルカノ二ナリ、後ノ場合ハ多クハ上顎竇底ノ齒牙ニ近キ部分ヨリ發生スルモノナルト本例癌ノ性狀ガ子宮頸管粘膜等ノ一種ノ扁平上皮癌ニ類スル點等ヲ以テ本例ニハ否定シ得ベシト信ズ、即此例ニ於テハ恐ラク竇粘膜圓柱上皮細胞ノ化生ニヨル扁平上皮細胞ニ泉源ヲ取レルモノト信ズ。

小ナル癌眞珠ヲ認ム表面ハ一般ニ緻密ナル結締織ヨリ被ハレ夫レヨリ深部ニ向テ多數ノ突起ヲ出シ胞巢間ニ侵入セリ此間質内ニ横斷或ハ斜斷セラレタル多數ノ血管ヲ含ミ血管腔ハ血液ヲ以テ充滿ス、血管周圍ニハ圓形細胞浸潤著明ナリ其他表面ニ近キ部分ニ於テハ廣大ナル出血竈アリ、其邊緣部分ニ於テ間質結締織ハ著シク粘液變性ヲ呈スルヲ見ル。

(C)　外鼻口ニ近キ部分ヨリ截取セルモノ

鏡下所見　前二切片ト大差ナシ只此標本ニ於テハ胞巢内變性壞死著明ナルト間質内圓形細胞浸潤ノ僥多ナルヲ稍異レリトス。

考按

本例ハ鼻腔粘膜ニ原發セル扁平上皮癌ニシテ組織檢查上特異ナルハ胞巢内部ニ於テ癌細胞ノ變性壞死ニヨル變色部乃至之ノ崩壞ニ因テ不正形ナル空隙ヲ形成スル傾向著明ナルコトニシテ小ナル胞巢ニ於テハ全ク細胞ヲ以テ充滿スレドモ少シク大ナル胞巢ニ於テハ必ス中心部ニ於テ此變性壞死竈ヲ認メ胞巢ノ大ナルニ從ヒ益大トナリ遂ニハ不正形ナル縫隙ヲ形成スルニ至ル此縫隙ト間質トノ間ニ於ケル細胞層ハ一胞巢中其厚徑殆ンド同一ニシテ且此細胞層ト縫隙ト—變性層

（臨床上診斷）上顎竇肉腫

（治療及經過）十月十一日外科部ニ於テ寺倉醫長執刀全身麻醉ノ下ニ左側第二小臼齒ヲ拔去シ其ヨリ上顎竇ヲ開放セシニ多量ノ惡臭性排膿アリ、之ヲ充分漏シタル後、銳匙ヲ以テ內部ヲ出來得ル丈ケ搔把セリ、然シ乍ラ斯ノ如キ姑息的療法ヲ以テハ中々腫瘍ノ猖獗ヲ防止スルヲ得ズ加之患者ノ狀態日ニ非ナルヲ以テ、更ニ根治的ニ上顎全切除術ヲ施スノ目的ヲ以テ十月二十三日第二回手術ヲ施ス。クロ、ホルム全身麻醉ノ下ニ、先ヅ豫備的手術トシテ下氣管切開ヲ施シ、其上部ニ於テ、架設ヲ以テ氣道ヲ栓塞シ、血液ノ氣管內ニ流下スルヲ防ギ、次ニ胸鎖乳頭筋ノ前緣ニ於テ切開ヲ施シテ外頸動脈ヲ顯ハシ之ヲ結紮セリ、手術ハランゲンベツク氏ノ式ニ倣ヒ左頰部ニ於テ下方ニ向フ處ノ弓形ノ切開ヲ施シ、顴骨弓ヲ鋸斷シ、進ンデ法ノ如ク上顎骨ヲ四方ヨリ鋸斷シ顴骨ト共ニ鉗出シ、皮創ヲ縫合セリ腫瘍ハ上顎竇內壁ノ上部邊ニ起リシモノヽ如ク、夫ヨリ內方ハ鼻腔壁ヲ破リテ鼻腔內ニ凸出シ上方ハ眼窩內ニ及ビ下方及前方ハ竇ノ大半ヲ充シ前壁ヲ膨出穿破シテ突出セリ、腫瘍ハ骨ト共ニ出來得ル限リ之ヲ剔出セリ、出血可ナリ多量ナリシヲ以テ殺菌食鹽水ノ注入ヲナシ術ヲ了ル、手術時間一時間二十五分クロ、ホルム四十五瓦ヲ費ス、手術後暫時異常ナカリシガ既ニ手術前著シク身體衰弱シ居リシ爲メカ當夜不幸心臟麻痺ヲ起シテ鬼籍ニ登レリ。

剖檢記事

詳細ノ記載ナキヲ以テ只局部ノ所見ニ止メン。

顏面ハ左頰部ニ於テ著シク陷凹シ、縫合セラレタル弓形ノ切開創アリ、口蓋左半部全ク缺損ス。

第二例

愛知縣知多郡旭村

石井よ○　三十九年

（初診）明治四十年十月一日

血族ニ於テ遺傳ノ證明ナシ

（既往症）凡ソ一ケ年前ヨリ左頬部ニ漸次增大スル腫脹ヲ來シ且鈍痛アリ、本年五月頃ヨリ益增大著明トナリ時々熱發アリ、左側鼻腔内ヨリハ、常ニ惡臭性分泌物アリ、頭痛甚シク、且局部ニ自然的鈍痛アリトノ訴ヘヲ以テ愛知病院外科部ニ診ヲ乞フ。

（現症）體格營養中等、胸腹部理學的檢査異常ナシ顔面ハ蒼白色ヲ呈シ、左頬部ニ境界不明ナル廣汎性腫脹アリ、壓スルニ過敏ナリ、左鼻翼ハ、腫脹ノ爲メニ牽引セラレテ醜形ヲ呈シ、瞼裂狹少シテ多量ノ眼脂分泌アリ、口腔内ヲ檢スルニ、口蓋左半部ハ著シク下方ニ膨隆シ左側上顎歯牙ハ一二ヲ除クノ外殆ンド皆缺損セリ。

前檢鼻法ヲ行フニ鼻粘膜一般ニ充血腫脹シ惡臭性粘液膿性ノ分泌物アリ、深部ニ於テ汚穢灰白赤色ヲ呈スル柔軟ナル腫瘍塊ヲ認ム、接觸スルニ容易ニ出血ス。

弱廓大所見

大小種々ナル上皮細胞々巣ト之ヲ區劃スル間質結締織ヨリナリ其間ノ境界ハ至ル處確然トシテ更ニ移行スル如キ像ナシ、加之多クハ其間ニ著明ノ間隙ヲ存ス、胞巣ノ形狀頗ル多樣ニシテ圓形、橢圓形、長方形—不正多角形ヲ呈ス、大サ亦非常ニ差異アリテ、大ナル者ニ在リテハ小ナル者ノ殆ンド十倍位ノ者アリ、小ナル胞巣ハ「ヘマトキシリン」ニ濃染セル腫瘍細胞ヲ以テ密ニ充實スレドモ中等大乃至大胞巣ニ於テハ其中央部ニ於テ平等ニ淡赤色ヲ呈スル部分ヲ生ジ、或ハ該部缺損シテ大ナル空隙ヲ作成セリ、此空隙内ニハ全ク無一物ナル處アレドモ、多クハ淡赤色顆粒狀物ヲ散在セリ、此空隙ヲ圍メル細胞層ハ一胞巣中殆ンド其厚徑ニ等シク爲メニ或部位ニ於テハ腺管ノ斷面ニ髣髴タリ、小胞巣ニシテ中央ニ淡赤色部ヲ挾メルモノハ一見血管肉腫ノ觀ヲ呈ス。

間質ハ一般ニ實質ニ比シ稀少ニシテ緻密ナル結締織纖維束ヨリナリ多數ノ淋巴隙ヲ含ムモ血管ハ比較的少シ、出血竈ヲ認メズ。

中等大—强廓大所見

腫瘍細胞ハ胞巣邊緣ノ部ニ於テハ短圓柱形ヲ呈スレモ、中央部ニ向フニ從ヒ多形

頭蓋ヲ横斷シ更ニ鼻中隔ノ部分ニ於テ矢狀ニ切斷シテ檢スルニ、左上顎骨ハ殆ンド全部除去セラレテ不正ナル空洞ヲナシ該部ニ腫瘍ノ形跡ヲ認メズト雖モ、上方即眼窩内ニ於テ眼球ノ後方及篩骨ノ部分ニ於テ、當灰白赤色柔軟ナル腫瘍塊ノ存在ヲ認メ、其腫瘍ハ篩骨櫛ノ左側ニ於テ頭蓋底ノ一部ヲ消耗シ硬腦膜ヲ破リテ突出セリ、此部分ニ一致シテ腦底顳顬葉皮質ノ一部ハ壓迫壞死ノ狀態ヲ呈セリ、前頭竇蝴蝶骨竇等ニハ腫瘍ノ侵入ヲ認メズ、右側上顎竇亦然リ。

其外胸腹部諸臟器ニ於テ轉移ヲ認メズ。

組織的所見

腫瘍ノ頭蓋腔内ニ蔓延セル一部ヨリ小片ヲ截取シ標本ヲ作リ「ヘマトキシリン、エオヂン」複染ヲ施シ檢スルニ其所見左ノ如シ

肉眼的及「ルーペ」擴大所見

肉眼ヲ以テ既ニ腫瘍ノ胞巢ト間質トヲ能ク識別シ得ベシ即表面ノ一帶「エオヂン」ニヨリテ淡紅色ニ染ミ、之ヨリ多數ノ枝別ヲ分チテ胞巢内ニ侵入スルヲ見ル、胞巢ノ形大小頗ル多般ニシテ胞巢邊緣ノ部分ハ「ヘマトキシリン」ニ濃染シテ深紫色ヲ呈スルモ、内部ハ皆淡赤色ヲ呈シ處々空洞ヲナスヲ見ル。

スル態度ヲ取リシモノト考ヘラル。

間質ハ比較的稀少ニシテ密ニ平行セル結締織纖維ヨリ組成セラレ、細胞核ハ紡錘形ニシテ比較的多シ、一般ニ單核圓形細胞ノ浸潤著シク、殊ニ小血管淋巴隙等ノ周圍ニ於テ顯著ナリトス、血管ハ血液ヲ以テ充盈シ、淋巴隙内ニハ多數ノ白血球幷ニ少數ノ腫瘍細胞ノ栓塞スルヲ見ル。

考按

本例ハ前例ト殆ンド組織的造構ヲ一ニスル善ク粘膜ニ見ル一種ノ扁平上皮癌ニシテ前例ノ如ク、胞巢中心部ニ於テ、癌細胞ノ變性壞死軟化ヲ認メ、中等大以上ノ胞巢ニ在テハ皆中心ニ於テ不正ナル空隙ヲ作レリ、此空隙ノ壁ヲ作レル細胞層ハ胞巢ノ大小ニ關セズ、殆ンド厚徑ヲ同ウシ又一胞巢中ニ於テモ然リトス、癌細胞ノ形狀ハ多形性ナレモ或一部ノ胞巢ニ於テハ全ク紡錘形ノ扁平上皮細胞ヨリナレリ要スルニ前例ト殆ンド同一ナレモ只異ナルハ、本例ニ在テハ「ペルレ」ヲ認メズ、又細胞ノ角化セルモノ硝子樣變性ヲ行ヘルモノ頗ル稀少ナルノ點ニアリ。

腫瘍ノ原發部位ハ本例ニ於テモ亦前例ノ如ク上顎竇内壁ノ上部邊ト思ハル、勿論確タル斷定ヲ與ヘ難シ。

性トナレリ、或ル一部ノ胞巢ニ於テハ悉ク紡錘形ヲ呈スル扁平上皮樣細胞ヨリナルモノアリ、細胞核モ細胞ノ形狀ニ從ヒ亦種々ナレ𪜈皆大ニシテ染色素ニ富ミ「ヘマトキシリン」ニ濃染セリ、而シテ到ル處、多數ノ核分剖像ヲ認ム。

豁大ニ於テ認メタル中等大―大胞巢ノ中心部淡赤色ヲナセル部分ニ於テハ細胞ハ皆核ヲ失ヒテ一樣ニ淡赤色顆粒狀ヲ呈シ點々「クロマチン」顆粒ヲ見ルノミ、即腫瘍變性壞死ノ像ナリ、此變性壞死部ト健康ナル腫瘍細胞層トノ移行部ニ於テ細胞ハ著シク膨大シ、次テ軟化シ、核モ破壞シテ散亂シ胞巢中央部ニ至ルニ從ヒ遂ニ認ムベカラザルニ至ル、又或ル部分ニ於テハ細胞著シク細長紡錘形ヲ呈シ角化セル者アリ、或ハ膨大シ硝子樣變性ニ陷リテ瀰蔓性ニ淡紅色ニ染色セル者アリ、然シ「ベルレ」ヲ認メズ、此變性壞死ハ胞巢ノ大ナルニ從ヒ益著明ニシテ中心部ニ於テハ遂ニ眞ノ空洞ヲ形成スルニ至ルモノトス、而メ腫瘍細胞ヨリナレル空洞壁ノ厚サハ中等大ノ胞巢ニテモ又大ナル者ニテモ殆ンド同一ノ厚徑ヲ有ス、之ト變性壞死部トノ移行ハ曩ニ述ブル如ク、多クハ漸次的ナルモ或ル一部分ニ於テハ比較的判然タル處アリ、此ノ如キ部位ニ於テハ其空洞壁ニ相當スル腫瘍細胞ハ扁平トナリテ內皮ノ觀ヲ呈スルモ之レ眞正ノ內皮ニ非ズシテ單ニ細胞ガ一時其部位ニ適應

動ス。

（診斷）鼻腔及上顎竇癌腫

（治療及經過）入院ヲ命ジ十一月五日全身麻醉ノ下ニ熊谷院長執刀手術ヲ施サル、先ヅ一側ノ鼻腔内ヨリベルロック氏管ヲ送リテ後鼻孔ヲ栓塞シ、次ニ右頰部ニ於テランゲンベック氏ノ式ニヨリテ下方ニ向フ弓形ノ皮切ヲ加ヘ軟部ト共ニ之ヲ上方ニ飜轉シ上顎骨前壁ヲ露出シ鑿或ハ鉗子ヲ以テ之ヲ可及的廣ク開放シ竇内及鼻腔内腫瘍ヲ竇内壁ノ一部ト共ニ出來得ル限リ銳匙搔把、剪斷等ニヨリテ除去シ尙口腔内ニ於テ右上顎第一、第二大白齒ノ移動セルモノヲ拔去シ其創口ヲ開大シ竇ト充分交通セシメ最後ニ竇内腫瘍面ニ烙白金燒灼ヲ施シ頰部創口ハ一部ヲ縫合シ一部ハ開放シ此部分並ニ齒齦ノ創口ヨリ沃度ホルム「ガーツエ」ヲ挿入シ術ヲ了レリ。

手術後ノ經過ハ佳良ニシテ頰部創口ハ一期癒合ヲ以テ治癒シ頰部ノ腫脹モ減セシガ、尙鼻腔内深部ニ於テ腫瘍組織遺殘セシト見ヘ、術後二週間目ニ診査セシ際既ニ著シク鼻内ニ增殖セルヲ認メタリ、十二月十日未治ニシテ退院ス。

組織的所見

切除セル腫瘍ヨリ「チエロイヂン」包埋薄切標本ヲ作リ鏡檢スルニ其所見左ノ如シ

染色前例ノ如シ

肉眼的及「ルーペ」廓大所見

標本一般ニ紫赤色ヲ呈シ其中ニ細キ樹枝狀ヲナシテ走行セル淡紅色ニ染ミタル

第三例

岐阜縣惠那郡阿岐村
農　市岡〇ど　四十四歲

（初診）　明治四十年十一月一日

（血族）　兩親健在、同胞六人皆健ナリ遺傳病ナシ、

（既往症）　生來健全、未タ曾テ醫門ヲ訪ヒシコトナシ

本年春頃田圃ニ於テ耕作ニ從事セシニ、其翌日突然右側頬部ノ腫脹ヲ生ジ、其後三十日許ヲ經テ頭痛ヲ感ジ初メテ醫師ノ診ヲ乞フニ至レリト、局部ニハ疼痛ヲ覺ヘズ、最モ頬部ノ腫脹ヲ起ス以前ヨリ同側鼻腔ハ閉塞セリト云フ、前記ノ訴ヘヲ以テ當院外科部ニ診ヲ乞フ

（現症）　體格大、營養中等、顏貌少シク苦惱ノ狀アリ貧血ス、右頬部一般ニ瀰蔓性ニ腫脹セリ、皮膚ニ變色ナク壓痛ナシ、右鼻腔內ヲ檢スルニ灰白赤色柔軟サル腫瘍塊アリ殆ンド入口部ニ至ル迄塡塞シ、空氣ノ疎通ヲ許サズ、柔軟ニシテ、接觸ニヨリ容易ニ出血ス左鼻腔內輕度ノ粘膜充血、分泌過多アルノ外著變ナシ、口腔內ヲ檢スルニ患側ハ一般ニ少シク充血膨隆シ、上顎右側齒牙ハ第一第二大臼齒齲齒ニ陷リテ移

間ニ著明ノ間隙ヲ存ス。

間質内ニハ血管比較的少シ。

中等大ノ强廓大所見

胞巢内腫瘍細胞ハ一般ニ多角形ヲ呈シ大サ前二例ノモノニ比シ頗ル大ニシテ殆ンド數倍アリ原形質ニ富ミ「エオヂン」ニヨリ淡紅色ヲ呈セリ核ハ大小種々アレドモ一般ニ大ニシテ圓形乃至橢圓形胞狀ヲ呈シ核膜著明「ヘマトキシリン」ニヨリ淡紫色ニ染色セリ核分剖像ハ到ル處ニ於テ認メラレ單星形、複星形、糸球形等ヲ呈シ或ハ不規則ナル分剖ヲ行フヲ見ル、細胞中少シク膨大シ「エオジン」ニヨリ濃赤色ニ着色セルモノハ既ニ硝子樣變性乃至角化ニ陷レルモノナルヲ知ル胞巢内多數ニ存在セル空胞ハ此角化細胞ノ脫落シタル跡ト見ルベキモノナリ。

間質結締織ハ一般ニ緻密ナル纖維束ヨリナリ細胞ニ富饒ナリ細胞ノ形ハ纖維ノ平行セル部分ニ於テハ細長紡錘形ヲナセドモ相交錯セル部分ニ於テハ橢圓形乃至圓形ヲ呈セリ此間質内處々ニ於テ數個ノ腫瘍細胞ヨリナレル團塊ヲ島嶼狀ニ包裹スルヲ見ル其外所々單核圓形細胞ノ浸潤アリ。

考按

間質ヲ認ム該部非常ニ光澤アリ。

弱廓大所見　腫瘍組織ハ緻密ナル結締織纖維ヨリナレル間質ト大小種々ナル胞巢ヨリナレリ其胞巢ハ形狀頗ル多數ニシテ圓形ナルアリ細長ナルアリ多角形ナルアリ種々ナレドモ多クハ不正形ニシテ往々細長ナル枝別ヲ放チテ互ニ相吻合セリ細小ナル者ニ在リテハ線狀或ハ島狀ヲナシテ結締織内ニ圍繞セラル大ナル胞巢ニ於テハ恰モ神經節細胞ノ如ク多數ノ大小ノ枝別ヲ放チ隣者ト相吻合セリ、中等大ノ胞巢内ニ於テ處々美麗ナル鮮紅色ニ染ミタル癌珠ヲ見ル其他胞巢内ニ於テ大小種々ナル圓形乃至橢圓形多數ノ空胞ヲ見ル此空胞ハ他ノ標本ニ於テハ頗ル著明ニシテ恰モ篩眼狀ヲナセリ其外胞巢ハ「エオヂン」ニヨリ淡赤色ニ染色セル細胞ヲ以テ充實スレドモ尚其中ニ於テ特ニ濃赤色ニ着色スル多數ノ細胞ヲ散點ス。

間質結締織ハ緻密ナル纖維狀ヲナシテ走行シ胞巢間ニ侵入セリ而シテ胞巢細長ナル部位ニ於テハ之ニ平行スル纖維束ヲナセドモ胞巢不正形ヲナセル處ニ於テハ之ニ準ジテ纖維束ハ縱橫ニ交錯シテ網狀ヲナセリ。

腫瘍實質ト間質トノ境界ハ到ル處疎ニシテ更ニ移行スルノ狀ヲ認メズ多クハ其

死ス、同胞四人、兄ハ七十歳ニシテ高處ヨリ墜落シ其レガ原因トナリテ死亡ス、第一人ハ十二歳ノ時疫痢ニテ斃レ妹一人亦同病ニテ逝ケリト、遺傳ノ證明ナシ。

既往症　患者幼時天然痘及麻疹ヲ經過ス、二十四歳ノ時痔瘻ヲ患ヒ醫治ヲ受ケ數週ニシテ治癒ス其年ノ夏膀窒扶斯ニ罹リタルモ醫療ニヨリ暫時ニシテ治癒セリ爾來著患ニ罹リシコトナシ。

現病ハ約十年程前ヨリ右側鼻腔入口部ニ於テ小ナル腫物ヲ生ジ時々自潰シテ出血ヲ來シテ治癒シ又暫時ニシテ再發スルヿ屢ナリキ然ルニ昨年秋頃ヨリシテ同側鼻内ニ疼痛アリ鼻内ノ腫物益增大ノ緊密ニ鼻腔ヲ閉塞シ接觸ニヨリ容易ニ出血セリ加之此頃ヨリシテ右鼻根部幷ニ右頬部ニ腫脹ヲ來シ續テ眼球少シク突出スルニ至レリ因テ某醫ノ診察ヲ受ケ鼻茸ナル診斷ノ下ニ諸種ノ藥物的治療ヲ施サレシモ寸効ナシ本年十月初旬ニ至テ右眼内眥部ニ腫脹疼痛ヲ起シ化膿ノ徵アルヲ以テ醫師ノ手ニ因テ切開ヲ受ケ多量ノ膿汁ヲ漏セリト爾來日々該創口ヨリ洗濯沃度ホルム架設挿入ヲ施サレシモ依然トシテ治セズ加之近來顔面一般ニ腫脹シ局部ニ疼痛アリ尙頑固ナル頭痛アリ安眠スルヲ得ズ因テ診ヲ乞フト云フ。

現症　體格大、營養中等、胸腹部臟器ニ異狀ナシ顔面ハ右鼻根部ヨリ頬部ニ亘リテ

本例ハ著明ナル扁平上皮癌ニシテ胞巢內腫瘍細胞ハ一般ニ大ニシテ多角形ヲ呈シ細胞ノ硝子樣變性角化著シク又立派ナル癌珠ノ存在ヲ認ムル等外皮ニ於ケル扁平上皮癌ト其所見相一致ス、前二例ニ比シ全ク其所見ヲ異ニセリ而シテ胞巢ノ形狀不正形乃至細長ニシテ分岐セルモノ多ク到ル處多數ノ核分剖像アリテ發育ノ旺盛ナルヲ指示ス。

發生局所ハ前例ノ如ク上顎竇內壁ニシテ其レヨリ鼻腔內ニ蔓延增殖シタルモノナルベシ本例ノ如キ上顎患側ノ齒牙悉ク齲齒或ハ脫落セル等ノ點ヨリ考察スレバ彼ノ所謂マラセツツ氏齒周圍上皮細胞餘剩ヨリ發生セル齒根癌ノ上顎竇ニ蔓延セルモノナルヤ知ルベカラズ然シ乍ラ旣ニ病機ノ蔓延セル後ナルヲ以テ本來ノ發生機並ニ局處ヲ探究スルコト能ハザルヲ憾ミトス。

第四例

名古屋市車道東町

斯波　某　七十五歲男子

初診　明治四十年十二月五日初診

血族　父ハ六十八歲ニシテ老衰ノ爲メニ逝キ母ハ六十歲ニシテ不明ノ疾患ニテ

切除シタル腫瘍ノ一片ヨリ氷結裝置ニヨリ薄切標本ヲ作リ「エオジン、ヘマトキシリン」重複染色ヲ施シ鏡檢セリ其所見左ノ如シ

肉眼的及「ルーペ」鏡大所見

標本内到ル處鮮紅色ニ染ミタル部分ト紫赤色ニ染ミタル部分ト互ニ相錯雜セルヲ認ム。

弱鏡大所見

肉眼的鮮紅色ヲ呈シタル部分ハ腫瘍間質ニシテ「エオジン」ニヨリ染色シテ美麗ナル紅色ヲ呈セリ其結締織纖維ハ或部位ニ於テハ密ニ平行スルモ他ノ部位ニ於テハ或ハ波狀ヲナシ或ハ縱橫ニ交錯セリ、各纖維束ハ互ニ相吻合シテ網狀ノ造構ヲ呈シ其間ニ紫赤色ニ染ミタル上皮樣細胞ヲ以テ充實セル胞巢ヲ容ル胞巢ノ形態ハ第一例第二例ニ比シ一般ニ狹少ニシテ圓形橢圓形乃至不正形ヲ呈シ或ハ孤島狀ヲナシテ間質結締織内ニ包裹セラル胞巢内ニ於テ變性潰死竈ヲ認メズ其他二三ノ胞巢内ニ於テ小ナル癌珠ヲ認ム之ハ「エオジン」ニ特ニ濃染セリ尙間質ノ一部ニ於テ出血アリ又他部分ニハ粘液變性ヲ行ヘル處アリ間質ト胞巢トノ關係ハ一般ニ疎ニシテ其間ニ罅隙ヲ存スル處多シ。

鼻腔及上顎實質原發癌腫ノ種類并ニ發生ニ就テ

一般ニ腫脹シ右眼球ハ僅カニ前方ニ突出シ球運動ハ諸方ニ向テ制限セラル涙嚢部ニ於テ曩ノ手術ニヨル瘻孔アリ探子ヲ挿入スルニ眼窩内壁ニ沿テ後内方ニ約二仙迷侵入ス瘻孔ヨリ多量ノ惡臭アル粘液膿性分泌物ヲ漏ス右眼瞼ハ著シク浸潤腫脹シ其緣糜爛セリ結膜ハ一般ニ充血腫脹シ角膜周擁充血アリ角膜ハ透明ニシテ前房内ニ於テ其三分ノ一ヲ占ムル蓄膿アリ瞳孔中等大ニシテ虹彩ハ充血セリ眼底檢査不能ナリ鼻腔ヲ檢スルニ右側ハ入口部ニ至ル迄汚穢紅色ヲ呈スル腫瘍塊ヲ以テ充塞シ黄色ノ惡臭性膿汁ヲ以テ圍繞セラル接觸スルニ柔軟ニシテ容易ニ出血ス探子ヲ送リテ檢スルニ腫瘍ハ鼻中隔軟骨部ト固ク癒着セリ左鼻腔内ハ粘膜一般ニ加答兒狀態ヲ呈スル他腫瘍存在ヲ認メズ顎部顎下等ノ淋巴腺腫脹ナシ口腔内亦異常ナシ。

診斷　鼻腔癌腫

治療及經過　先第一ニ診斷ヲ確定スル爲メ鼻腔入口部ヨリ腫瘍ノ一部ヲ寒系鉗ヲ以テ絞斷シ組織檢査ニ供用セリ内嘗部ニ於ケル瘻孔ハ少シク之ヲ開大シ沃度ホルムガーゼヲ挿入シ繃帶ヲ施セリ。患者ニ向テ其惡性腫瘍ナルヲ以テ根治的ニ上顎骨切除術ヲ行フベキコトノ必要ヲ勸告セシモ不幸患者近親ノ承諾ヲ得ル能ハズ其儘經過セシガ數日ノ後來院セズ經過ヲ知ルニ由ナシ。

組織的檢査

シ「ヘマトキシリン」ニ濃染スル核ヲ有ス核分剖像ヲ認ムルコト少ナシ要スルニ本例ハ組織的ニモ其發育ノ比較的遲々タルヲ示スモノニシテ臨床的經過ト相一致ス。

發生局所ハ本例ニ在テハ鼻中隔軟骨部ナルガ如ク其ヨリ前後並ニ上顎竇内ニ蔓延シ進ンデ眼球後部ヲ襲ヒ眼球突出ヲ起スニ至リシモノナラン、原因ニ就テハ本患者ハ約十年前ニ鼻腔入口部ニ小ナル腫物ヲ生ジ時ニ出血ヲ來シテハ治癒シ反復再發セリトノ點ヨリ考フレバ此際鼻中隔前端附近ニ於テ良性ノ出血性ポリープ(?)存在セシナルベク之レガ種々ナル刺戟ニヨリテ癌腫發生ヲ誘致セシメタルモノト信ズ。

中——村

第五例

名古屋市東吉野町

倉野〇太郎　五十五歳

(初診) 明治四十年十一月七日初診。

(血族) 遺傳病ノ徵スベキモノナシ。

(既往症) 患者稟賦強壯ナリシガ三十四歳ノ時徵毒ニ罹リ陰莖ニ下疳ヲ生ジタル

強廓大所見

胞巢內腫瘍細胞ハ胞巢邊緣部分ニ於テ短圓柱形ヲ呈スレモ內部ハ一般ニ多角形ノ細胞ヲ以テ充實セリ、或一二ノ胞巢中心部ニ於テ細胞ハ紡綞形ヲ呈セリ、核ハ「ヘマトキシリン」ニ濃染シ、核膜、核小體著明形態種々ナリ核分剖像比較的少シ、胞巢內細胞中點々硝子樣變性ニ陷リテ膨大シ「エオジン」ニヨリ鮮紅色ニ着色セルモノアリ尙處々ニ於テ小ナル癌珠アリ。

間質ハ一般ニ緻密ナル結締織纖維ヨリ組成セラレ比較的細胞ニ稀少ナリ細胞ハ皆細長紡綞形ヲ呈セリ此基質細胞ノ稀少ナルニ反シ至ル處頗ル饒多ノ圓形細胞浸潤アリ或部位ニ於テハ一見小圓形細胞肉腫ノ觀アリ尙ニ間質內ノミナラズ胞巢內ニモ少シク侵入セル處アリ圓形細胞ハ殆ンド皆單核性ナリ。

考按

本例ハ第一例第二例ニ類似セル扁平上皮癌ニシテ只彼ト異ル處ハ胞巢ノ形態一般ニ狹小ナルモノ多ク胞巢中心部ニ於ケル變性壞死竈ヲ認メズ、多數ノ小ナル癌珠アリ、間質內單核圓形細胞ノ浸潤著シク饒多ナルノ點ニアリ胞巢內腫瘍細胞ノ形狀ハ多形性ニシテ邊緣部ニ於テハ單圓柱形ヲナシ中央部ニ於テハ多角形ヲ呈

ルニ多量ノ同樣ナル膿汁ヲ得タリ其他左右鼻腔內ニ腫瘍狀物ノ存在ヲ認メズ。

（診斷）當日眼科部ノ診斷ヲ受ケシニ病名梅毒性網膜脈胳膜炎ナリ、キ余ハ茲ニ於テ右側上顎竇蓄膿症ニシテ梅毒ニ原因セル者ト信ジ入院手術ヲ勸告セシニ即日入院セリ。

（治療及經過）十一月十日「クロロホルム」麻醉ノ下ニデンケル和辻式ニ因テ上顎竇蓄膿症根治手術ヲ施ス即チ右側口唇內面齒齦ノ附着部ニ於テ七八仙迷ノ橫切ヲ施シ上顎骨前壁ヲ露出セシニ犬齒窩ノ部分ニ於テ既ニ大ナル骨缺損部アリ、竇內ハ大部分淡赤色柔軟ノ肉芽樣物ヲ以テ充塞セリ而シテ非常ニ惡臭アル膿汁ヲ多量ニ瀦留セシヲ以テ之ヲ充分ニ拭掃シ肉芽樣物ハ鋭匙ヲ以テ出來得ル限リ之ヲ搔把シ尙法ノ如ク下鼻道骨壁ヲ切除シテ鼻腔內ニ向テ交通孔ヲ作レリ最後ニ顴骨部ニ於ケル創口ハ之ヲ開大シ肉芽ヲ充分ニ搔把シ上顎竇ト大ナル交通孔ヲ作レリ、之ニ於テ創口ニ沃度ホルム架設ヲ挿入シ術ヲ了レリ翌日ニ至テ架設ヲ拔去シ三%微溫硼酸水ヲ以テ竇內洗滌ヲ施ス爾來每日洗滌ヲ施セシニ頭痛ハ著シク輕快セシモ膿性分泌物ハ依然トシテ減セザリキ十一月三十日遂ニ未治ニシテ退院ス爾後ノ經過ハ不明ナリ。

組織的所見

手術ノ際搔把ニ因テ得タル淡赤色柔軟ノ肉芽樣組織ハ少シク惡性腫瘍ニ疑ヒアリシヲ以テ之ヲミユルレル氏液中ニ硬化シ「チエロイヂン」ニ包埋シ薄切標本ヲ作リ鏡檢ヲ施セリ染色ハ「エオヂン、ヘマトキシリン」重複染色ヲ用ヒタリ其鏡檢的所

モ醫治ニヨリ暫時ニシテ収攻治癒セリ、然ルニ爾來常ニ劇甚ナル頭痛アリ、身體著シク衰弱セリト、翌年三月頃ヨリ右眼ノ視力減退シ朦朧トスルニ至レリ、九月頃ニ至テ又左眼モ同樣ノ狀態トナリ一時殆ンド全ク盲目ノ悲境ニ陷リシガ醫療ノ效ニヨリ今日ニテハ人顏ヲ辨ズルニ至レリト云フ。

本年四月以來右鼻腔内ヨリ惡臭性分泌物アリ常ニ劇甚ナル頭痛アリ十月廿一日頃ヨリ右頰部一般ニ腫脹シ疼痛ヲ起シ來リシヲ以テ同月三十日某醫ニヨリ右顴骨弓ノ上部ニ於テ小切開ヲ受ケ多量ノ膿ヲ漏セリ、爾來症狀幾分カ輕快セシモ惡臭性鼻汁依然トシテ減ゼズ尙切開口ヨリ多量ニ排膿シ荏苒治癒セザルヲ以テ遂ニ愛知病院耳鼻咽喉科ニ來リテ診ヲ乞フ。

（現症）體格營養中等顏貌蒼シク苦惱ノ狀アリ右頰部一般ニ腫脹シ其中央部即顴骨弓ノ直上ニ於テ小ナル手術創アリ創口ハ灰白赤色柔軟ノ肉芽ヲ以テ殆ンド閉塞セリ瘻孔ヨリ探子ヲ挿入スルニ内下方ニ向テ約五仙迷挿入スルヲ得上顎竇ト全ク交通セリ而メ瘻孔内ヨリ多量ノ黃色腐敗臭アル膿汁ヲ排泄ス、鼻内ヲ檢スルニ右中甲介鼻茸樣ニ肥大シ中鼻道ノ中央上顎竇開口部ヨリ多量ノ膿汁ヲ漏出スルヲ見ル「コカイン」局處麻醉ノ下ニ下鼻道ヨリシュミット氏探膿針ヲ穿刺シテ檢ス

然トシテ密在シ、性狀外皮深層ノ胚細胞層ニ匹敵ス內部ニ至ルニ從ヒ細胞ハ多角形乃至紡綞形トナリ、中心部ニ於テハ悉ク角化ニ陷リ扁平菲薄トナリテ相層疊セリ核ハ胞巢邊緣ニ於ケル細胞ノモノハ一般ニ大圓形乃至橢圓形、胞狀ニシテ「ヘマトキシリン」ニ稍染色シ核膜小體明瞭ナルモ深部ニ至ルニ從ヒ細胞ノ形態ニ伴ヒテ扁平細長トナリ染色ガ非常ニ惡ク中心部ニ於テハ皆壓平セラレテ小線狀ヲナス胞巢中心部將ニ角化ニ陷ラントスル部分ニ於テハ細胞著シク膨大シテ數層倍ノ大サトナリ圓形ニシテ恰モ油滴ヲ見ルガ如シ其他二三ノ胞巢中心部ニ於テハ細胞ハ壞死癈頽ニ傾キ或ハ膨大シ或ハ崩潰シテ不潔トナリ且多少ノ出血ヲ認ム間質ハ多量ノ圓形乃至橢圓形細胞ヨリ成リ其性質一般ニ幼若ニシテ肉芽ヲ見ルガ如ク或部位ニ於テハ多少平行スル纖維狀ヲナシ或ハ粘液腫ヲ見ルガ如キ緩粗ノ結締織ヲ構成スレドモ多クノ部分ニ於テハ無組織樣ノ基質中多量ノ圓形細胞橢圓形細胞集簇ヲ見ルノミニシテ尙纖維ヲ作ラズ細胞ハ稍多量ノ原形質ヲ有シ「ヘマトキシリン」ニ濃染スル小圓形—橢圓形ノ核ヲ有ス其他間質內處々ニ於テ血液ヲ充盈セル小血管アリ血管內壁ニハ一列ノ內皮ヲ布ケルモノアリ或ハ然ラザルアリ。

見左ノ如シ

肉眼的及「ルーペ」廓大所見

標本ハ一般ニ赤色ニ染ミ「ヘマトキシリン」ノ色ヲ取ルコト少シ所々ニ於テ點々小ナル空隙ヲ認ム。

弱廓大所見

標本内到ル處迂曲吻合セル胞巢ト其間ヲ點綴スル間質トヨリナレリ本標本ハ前數例ト著シク像ヲ異ニシ胞巢ハ皆廣大不正形ニシテ相互ニ連絡ヲ有シ迂曲紛糾羊腸狀ヲナシテ標本内ヲ走行セリ各胞巢内ハ悉ク上皮樣大細胞ヲ以テ充實シ中心部ハ皆角化ニ陷レリ此角化部ハ多クハ不正形ヲ呈スレ𪜈處々立派ナル求心性層重體即癌珠ヲ作レリ間質ハ實質ニ比シ一般ニ稀少ニシテ却テ胞巢内ニ取リ圍レタル狀態ヲ呈シ處々島嶼狀乃至小ナル樹枝狀ヲナシテ厚キ細胞層間ニ圍繞セラル其狀皮膚乳嘴腫ノ橫斷面ト類似セリ間質ト實質トノ境界ハ到ル處明確ナリ。

中等大―强廓大所見

胞巢内腫瘍細胞ハ原形質ニ富ミ「エオヂン」ニ淡染セル上皮樣大細胞ニシテ胞巢緣即間質ニ面スル部分ニ於テハ一―二層ノ短圓柱形乃至骰子形ノ細胞ヨリナリ整

性狀ヲ得タル者ノ增殖ニ由來スルモノト認定スベク山極博士ノ所論ニ最モ能ク適應スルモノナリ即チ化膿ノ爲メニ荒蕪サレタル粘膜面ニ於テ炎症的刺戟營養過剩ノ結果上皮細胞ノ再生機能旺盛トナリ缺損部ノ復舊ヲ力ムルト雖モ其基礎タル結締織尙幼若肉芽狀ナルモ炎性刺戟ノ歇ム時ナキヲ以テ再破壞セラレ如斯新生破壞相次グ間ニ遂ニ上皮細胞ノ發育增生ハ不規則トナリ異所的ニ肉芽內ニ迄侵入增殖シ癌腫發生ヲ誘致シタルモノナラント信ズ而シテ其扁平上皮トナルノ性ハ蓋シ亦「エンビエーム」ヨリノ慢性刺戟ニ因スル化生ト見ベキカ。

中——

第六例

尾張國海東郡津島町

醫師　岡崎　某　四十五歲男子

——村

(初診)　明治三十九年三月一日初診

(血族)　遺傳病ノ證明ナシ

(既往症)　生來壯健著患ニ罹リシコトナシ

本年一月頃ヨリ左右鼻腔閉塞ノ感頭重頭痛アリ時々上昇スルトキハ鼻血ヲ起スト云フ。

考按

本例ハ上顎竇粘膜ニ發生セル純然タル乳嘴腫性扁平上皮癌ニシテ前數例ト又著シク其像ヲ異ニス特ニ注目ヲ値スル點ハ癌胞巢ノ廣大ニシテ相互ニ吻合シ迂曲廻轉羊腸狀ヲナシ間質ハ比較的稀少ニシテ胞巢間ヲ點綴スルノ觀ヲ呈スルコト、胞巢中心部殆ド皆角化ニ陷リ著明ナル癌珠ヲ認ムルコト胞巢內腫瘍細胞ハ最外列間質ニ面スル部分ハ骰子形—短圓柱形ニシテ中心ニ進ムニ從ヒ扁平多角形紡綞形トナリ漸次角化層ニ移行シ間質ハ一般ニ尙幼若ナル結締織細胞ヨリナリ纖維ヲ形成セルモノ少ナク肉芽狀ヲナスコト等ニシテ本例腫瘍ガ比較的發生後日尙淺キコトヲ推知スルニ難カラズ發生局所ハ本例ニ於テハ確ニ上顎竇粘膜ニシテ癌腫發生ノ理由比較的明白ナリ然リ而シテ本例患者ノ上顎竇蓄膿症ハ果シテ發生ニ對シテ原因的意義ヲ有スルモノナリヤ或ハ發生後ノ結果トシテ將來セシモノナリヤノ問題ニ就テ余ハ甲說ヲ取ラントス既ニ Dreyfuss 氏ハ三十年間長ク上顎竇「エンピエーム」ヲ有スル患者ノ上顎竇癌腫ヲ實驗シ化膿ノ爲メニ起レル上皮化生幷ニ上皮茂生ヲ以テ本症發生ノ因トナセリ之レ大ニ我意ヲ得タルモノナリ本例腫瘍細胞ハ竇粘膜ノ慢性化膿性炎ニ因テ圓柱上皮細胞ガ扁平上皮細胞ニ化生スル

縫合セラレ創口アリ既ニ瘢痕ヲ結デ治癒セリ、鼻中隔ハ前端ノ一部ヲ殘シテ大部分切除セラレ左右鼻腔ハ大ナル交通孔ヲ作リ中甲介前端亦左右共ニ缺損シテ跡ヲ止メズ然レドモ尚創面殊ニ鼻骨ノ下面並ニ左右篩骨部ニ於テ纍々タル凸凹不正赤色柔軟ノ腫瘍塊ヲ認メタリ茲ニ於テ余ハ更ニ鉗子或ハ寒系締ヲ以テ出來得ル限リ之ヲ切除シ鼻腔ノ開通ヲ計レリ如斯切除ヲ施スモ既ニ數日ヲ經過スルヤハ再ビ舊ノ如ク增殖シテ閉塞ヲ起スヲ以テ數回反復手術ヲ施行セリ此際患者ハ既ニ惡性腫瘍ニシテ不治ナルコヲ知レルヲ以テ更ニ根治的大手術ヲ施スノ勇氣ナク只姑息的ニ苦惱ヲ除キテ餘生ヲ送リタシトノ希望ヲ有シタリシヲ以テ斯ク屢々手術ヲ反復セリ其後同年七月ニ至テ余ハ事故ノ爲メ不在ナリシヲ以テ更ニ某專門家ノ手ニ轉ジ氏ノ手ニヨリテ更ニ數回ノ姑息的手術ヲ受ケタリ斯クスル中漸次身體ノ衰弱加ハリ十月以後全ク臥床スルニ至リ十二月下旬最後ノ手術ヲ受ケ翌年即チ四十年二月初旬遂ニ黃泉ノ客トナリシト聞ク。

組織的所見

余ハ手術ノ際鉗子ニヨリ切除セル腫瘍片ヨリ「チエロイヂン」包埋薄切標本ヲ作リ「エオヂン、ヘマトキシリン」複染幷ニワンギーソン氏染色ヲ施シ鏡檢セリ其所見左ノ如シ

肉眼的及「ルーペ」鏡大所見

標本ハ「エオヂン」「ヘマトキシリン」染色法ニヨリテ一般ニ紫赤色ヲ呈シ邊緣凸凹不正ナリ多數ノ大小無數ノ罅隙アリテ標本內ヲ縱橫ニ錯走シ、爲メニ幾多ノ小葉狀

（現症）體格中等、營養不良顏貌一見惡液質ニシテ蒼白土色ヲ呈シ頗ル憂愁ノ狀アリ鼻腔內ヲ檢スルニ前庭ニ異常ナシ鼻粘膜一般ニ充血シ惡臭性鼻汁ノ排泄アリ鼻中隔ハ中甲介前端ニ對スル部分ニ於テ著シク充血腫脹シテ左右兩側ニ向テ膨隆シ其左側面ニ於テハ粘膜平滑ナルモ右側面ニ於テハ潰爛シ赤色肉芽狀ヲナシ接觸スルニ柔軟ニシテ容易ニ出血ス此肉芽狀物ハ既ニ右中甲介前端ヲ侵襲シ之ト全ク癒着セリ下甲介ハ尙健全ナリ、後檢鼻法ヲ行ヒシモ異狀ヲ認メズ。

（診斷）余ハ患者ノ年齡、體質、檢鼻所見ヨリシテ鼻腔內惡性腫瘍ト信シ殊ニ尙發生早期ニアルヲ以テ早ク根治的手術ヲ施スベキコトノ得策ナルヲ告ゲタリ。

（治療及經過）然ルニ患者ハ頗ル手術ヲ躊躇セシヲ以テ更ニ東京某博士ノ診ヲ受ケシメシニ鼻腔梅毒カ惡性腫瘍カトノ診斷ヲ得暫時驅黴療法ヲ試シモ更ニ奏効ナク病機ハ益進行シ身體日々ニ衰憊スルヲ以テ同年四月頃患者ハ更ニ當地某博士ノ診ヲ受ケ同ジク惡性腫瘍ナリトノ診斷ヲ得遂ニ意ヲ決シテ其病院ニ入院シ博士ノ手術ヲ受ケタリ、手術ノ模樣ハ知ラザルモ患者ノ言ニヨレバ局所麻醉ノ下ニ鼻梁中線ニ於テ切開シ鼻中隔ノ一部ヲ腫瘍ト共ニ切除シ縫合セラレタリ出血ハ中々多量且疼痛甚シカリシヲ以テ充分ニ剔出スルヿヲ得ザリキ云々其後約二週日ヲ經過シ創口治癒シタル後再余ノ許ニ來テ診ヲ乞フ當時ノ現症ハ顏貌著シク消衰シ「カヘキシー」高度ニメ鼻稜正中線ニ於テ

ハ無組織粘液樣ノ塊ヲ容ル、モノアリ。

間質結締織ハ多少緻密ナル纖維ヨリナリ樹枝狀ニ分岐シテ走行シ之ニ各乳頭狀突起ヲ附着セシム其分岐シタル小枝別ハ各乳頭狀突起ノ中軸ニ進入シ其中央乃至尖端ニ迄達セリ。

中等大乃至强廓大所見

小葉中心ニ於ケル管腔壁ヲ形成スル腫瘍細胞ハ鼻腔粘膜ニ於ケル複層圓柱表被ト全ク造構ヲ一ニシ只顫毛ヲ認メズ細胞ハ表層ハ純然ダル圓柱上皮細胞ニシテ「エオヂン」ニ淡染スル原形質ニ富ミ「ヘマトキシリン」ニ濃染スル稍長形ノ核ヲ有ス此圓柱上皮細胞ニ次グニ數層ノ紡錘形ノ細胞層アリ、其深部間質ニ面スル部分ニ於テハ骰子形ヲ呈ス、核ハ此部分ニ於テハ圓形乃至楕圓形ヲ呈セリ、此細胞層ハ甚不規則ニシテ小ナル乳頭狀突起ニ於テハ數層ニ過ギザレトモ長大ナル突起ニ於テハ數十層ノ厚サニ達セリ殊ニ多數ノ突起相融合セル部分ニ於テハ一見肉腫狀ヲ呈ス今各乳頭狀突起ヲ見ルニ恰モ腸絨毛ノ如ク中軸ニ管腔狀ヲナセル部分アリ其中ニ數條ノ結締織纖維ヲ導ケリ。

間質結締織ハ各小葉間ニ於テハ緻密ナル纖維束ヲナシ其レヨリ僅ニ數條ツヽ緩

ニ分ツヲ見ル。

弱廓大所見

腫瘍組織ハ大部分迂曲蜒々セル腺管樣組織ノ糸球狀團塊ノ集積ヨリナリ之ヲ隔ツルニ多少緻密ナル結締織纖維ヲ以テシ爲メニ組織ヲ幾多ノ小葉狀ニ區劃セリ各小葉ニ就テ精檢スルニ中央ニ不正形ナル管腔ヲ圍ミ此管腔壁ヨリ更ニ分芽狀ニ多數ノ細副腔ヲ生ジ四方ニ放線狀ニ變入セリ、タメニ一見大管腔中ヘ其壁タル基質結締織ヨリ多數ノ乳頭狀突起ノ侵入セルガ如シ此乳頭狀突起ハ皆細長ニシテ紫紅色ヲ呈シ其中央部縱徑ニ沿テ少量ノ淡紅色纖維ノ侵入ヲ見ル、或ハ纖維ヲ認メズ空隙ヲ挾ムモノアリ尙各乳頭狀突起ハ長短大小甚ダ種々ニシテ或ハ途中ニ於テ數條ニ分岐スルアリ然ラザルアリ皆蜒々迂曲シ眞直ノ經過ヲ取ルモノナシ。

太サハ一突起中殆ンド同一ナルモ往々尖端膨大シ棍棒狀ヲナシテ終ルモノアリ或ハ隣接セルモノ二三或ハ數個相融合シテ大ナル胞巢ヲ形成シ其ノ境界不明ナルモノアリ今間質結締織ヲ基點トシテ乳頭狀突起ヲ見ルトキハ各突起ハ皆之ニ附麗シテ恰モ樹木ノ枝葉ニ似タリ小葉中央ニ圍メル腺腔ハ全ク空虛ナルアリ或

稱ス可キ者ト思考ス今各乳頭狀突起ニ就テ見ルニ之ヲ被覆スル細胞層ハ全ク鼻粘膜或ハ其附屬物タル粘液腺排泄管ニ於ケル複層圓柱表被ト同一ノ造構ヲ有シ只著シク不規則ナルト異所的ナルトヲ異ニスルノミ之レヨリ考フルキハ本例腫瘍ハ是等圓柱表被細胞ガ生形的ニ乳嘴增殖シタルモノト見做スベク組織的檢査上著シク不規則ニシテ且異所的ナルノ點幷ニ臨床上ノ經過及所見ヨリ綜合シテ其惡性タルヲ知ルニ難カラズ即チ冠乳嘴性腺腫ノ著シク破壞性ニ傾キ旣ニ癌腫ニ變化セルモノト認定スベシ故ニ癌腫トシテ之ヲ見レバ圓柱上皮癌ニ屬スベキモノナリ本例腫瘍ノ原發部位ハ臨床的所見ニヨリ鼻中隔ノ深部中甲介前端ニ相當スル部分タルコト確實ニシテ之レヨリ左右鼻腔內及上方篩骨ニ向テ蔓延シタルモノナリ。

總括

余ノ六例中第一第二及第四例ハ多少ノ相違コソアレ其組織的造構殆ド同一ナル扁平上皮癌ニシテ前二例ハ上顎竇粘膜ニ原發シ後ノ一例ハ鼻中隔前端ニ原發セルモノナリ胞巢ハ形狀大小種々アリ皆間質ト確然タル境界ヲ有シ第一第二例ニ於テ特異ナルハ小胞巢ハ腫瘍細胞ヲ以テ充實スレモ中等大乃至大胞巢ニ於テ細

粗ナル小束ヲナシテ各乳頭狀突起内ニ侵入セリ。

結締織細胞ハ紡錘形乃至橢圓形胞狀ニシテ「ヘマトキシリン」ニ淡染ス、間質内到ル處單核圓形細胞ノ浸潤夥シク殊ニ小葉間結締織ノ部分ニ著シク各乳頭狀突起中ニハ點々之ヲ認ム間質ト實質トノ境界ハ多クハ嚴然トシテ移行スル狀ナシト雖モ或部位ニ於テハ多少間質内ニ腫瘍細胞ノ浸潤セルヲ見ル。

小葉中心ニ於ケル放線狀ノ管腔ハ或ハ空虛ナルアリ或ハ無組織粘液樣塊ヲ容ル、モノアリ或ハ管腔壁ノ細胞層著シク崩壞シ爲メニ生ジタル膨大或ハ破壞シタル細胞ヲ以テ充スモノアリ其他間質内ニ到ル處多數ノ皆著明ナル内皮ヲ以テ被覆セラレタル小血管ヲ認ム。

考按

本例ハ上記數例ト又少シク其組織的造構ヲ異ニシ腫瘍實質ハ迂曲蜒々セル腺管樣組織ノ集合ヨリナリ樹枝狀ニ分岐セル間質結締織ニヨリ幾多ノ不正ナル小葉狀ニ區劃セラレ其小葉中心ニ於テ不正形管腔ヲ圍メリ其管腔壁ヨリ更ニ四方ニ分芽狀ヲナシテ細副腔ヲ岐出シ恰モ間質結締織ヨリ多數ノ乳頭狀突起ヲ管腔内ニ叢生スルニ似タリ即此造構ヨリ見ルキハ冠乳嘴性腺腫 Adenoma Papilliferum. ト

モノ少シ要スルニ癌ノ生ジテ日尚淺キヲ示ス。

第六例ハ鼻腔粘膜或ハ其附屬物タル粘液腺排泄管ヲ被覆スル處ノ複層圓柱表皮ガ乳嘴狀ニ增殖シアルモノト見做スベキ者ニシテ冠乳嘴性腺腫ト稱スベキモノトス然シ凡テノ點ヨリシテ旣ニ癌性ニ變化セルノ徵著明ナルヲ以テ細胞ノ形態ヨリ云フトキハ圓柱上皮癌ニ屬スベキモノト思考ス而シテ本例ハ鼻中隔ニ原發セシモノナリ。

結論

(一)鼻腔及上顎竇ニ原發スル癌腫ノ種類

余ノ實驗セル六例中扁平上皮癌五例圓柱上皮癌一例ニシテ旣ニ成書ノ記載セル如ク扁平上皮癌ヲ最モ多シトス而シテ扁平上皮癌五例中三例(I. II. III.)ハ上顎竇粘膜ニ原發スル癌腫中吾人ノ比較的屢々遭遇スル型ニシテ凡テノ性狀最モヨク相類似シ只胞巢中心部ノ變性壞死乃至頽癈ニヨル管腔形成ノ傾向著明ナルモノ(第一例及第二例)ト然ラザルモノ(第四例)トアリ共ニ粘膜ノ扁平上皮癌ニ固有ナル點多シ他ノ二例(第三例及第五例)ハ全ク之ト形態ヲ異ニシ胞巢內腫瘍細胞著シク大ニシテ硝子樣變性—角化セルモノ多ク胞巢中心部ニ於テ大ナル角化竈—癌珠

胞ノ變性壞死乃至癈頽ノ結果管腔樣ノ空隙ヲ生ズルノ傾向著明ナルコトニシテ其空洞ト間質トノ間ニアル細胞層ハ一胞巢中殆ト同一ノ厚徑ヲ有ス、第四例ニ於テハ此ノ變性壞死竈ヲ認メス其他第一及第四例ニ於ケル中等大胞巢內ニ於テ小ナル癌珠ニ層疊體ヲ認ム類似ノ上皮癌ハ子宮頸ニ來ルコト少カラズト云フ。

細胞ノ形態三例共胞巢邊緣ニ於ケル一列ハ單圓柱形ヲ呈スレモ內部ノ者ハ多形多角形ニシテ「ヘマトキシリン」ニ濃染スル核ヲ有ス間質ハ皆緻密ナル結締織纖維ヨリナリ血管ニ富ミ多少ノ圓形細胞浸潤アリ特ニ第四例ニ著シ其他第一、第二例ニ於テ間質內ニ著明ナル出血竈アリ。

第三例并ニ第五例ハ同ジク上顎竇內ニ原發セル扁平上皮癌ナレドモ前記數例ト又著シク其像ヲ異ニス第三例ハ外皮ニ見ル所ノ「カンクロイド」ト全ク構造ヲ一ニシ胞巢ハ不正形細長ニシテ分岐吻合セルモノ多ク腫瘍細胞ハ前數例ニ比シ著シク大ニシテ一般ニ多角形ヲ呈シ硝子樣變性乃至角化著シク處々立派ナル癌珠ヲ作レリ多數ノ核分剖像アリ、發育ノ旺盛ナルヲ窺ハシム、間質ハ緻密ナル結締織ヨリナリ細胞ニ富饒ナリ、第五例ハ之ト殆ド類似スレドモ著シク乳嘴狀ヲ呈ス即乳嘴性癌ニシテ細胞ノ角化癌珠形成著明ナリ間質ハ尙幼若ニシテ纖維ヲ形成セル

ト思考ス。

(三)發生ノ原因及方法

余ノ第一例ニ於テ患者ハ外傷ヲ以テ其發生ノ因ナリト訴フルモ之レ決シテ信ヲ措クニ足ラザルモノトス何トナレバ外傷ヲ受ケ劒血ヲ來シテ患者ノ注意ヲ惹クニ至ルノ時期ハ既ニ已ニ病機ノ發生シテ遙ニ後ナルヲ以テナリ。

又余ノ六例ニ於テ一モ遺傳的迷芽說ニ贊同スベキ事實ヲ有セズ、只茲ニ記載ノ要アルハブルンス、バルチユ氏ノ初メテ稱道シキリアンツアルニコ氏等ノ大ニ贊成ヲ表スル彼ノマラセツツノ齒周圍上皮細胞餘剩ヨリ上顎實癌ヲ發生スルトノ說ニシテ實際可能ノ事實ナリト思ハル余ノ第三例ノ如キ大ニ茲ニ疑ヒヲ置クベキ價値アルモ既ニ本業報第一號癌腫ノ組織發生論ニ於テ山極、杉原兩氏ノ論述セラレタル如ク「是等ノ場合ニアリテモ迷芽性若クハ胎生的上皮細胞其物ガ特ニ癌腫トナルベキ性質ヲ有スルノ事實ハ未ダ證明セラレザルノミナラズ余等カ見聞セル範圍內ニ於テハ何レモ粘膜性迷芽ニアリテハ先ツ腺腫性腫瘍ヲ生ジ扁平上皮性迷芽ニアリテハ腫瘍實質ハ先ツ生理的上皮ノ性狀ヲ完全ニ發露セル良性上皮細胞腫トシテ限局竈ヲ形クルヲ常トシ決シテ當初ヨリ細胞形態上ニ組織造構上

ヲ形成セル等ノ點外皮ニ於ケル扁平表皮癌ト其造構ヲ一ニス但シ第五例ハ乳嘴性著明ニシテ乳嘴性癌ニ屬ス。

他ノ一例(第六例)ハ圓柱上皮癌ニシテ冠乳嘴性腺腫ノ癌性ヲ呈スルニ至リシモノナリ。

(二)發生ノ部位

鼻癌或ハ上顎癌患者ノ吾人臨床醫家ノ手ニ來ルヤ多クハ既ニ病機ノ蔓延進行セル後ナルヲ以テ正確ニ原發部位ヲ探究スル能ハザルコト多シ而シテ余ノ六例ノ實驗中原發部位明白ナルハ只第四例及第六例ノ二ニシテ共ニ鼻中隔ヨリ發生セシモノナリ他ノ四例ハ臨床上鼻腔檢査ニ因テハ其原發部位ヲ檢知スルヲ得ス剖檢ノ結果或ハ手術ニヨリ其上顎竇粘膜ニ原發セルモノタルコヲ大凡ソ想像スルコトヲ得セシメタリ即チ余ノ實驗ニヨレハ鼻腔癌腫ノ大多數ハ先ツ上顎竇ニ原發シ夫レヨリ鼻腔內ニ蔓延スルモノナリ而シテ上顎竇癌ノ發生スルヤ多クハ其內壁ナルヲ以テ(余ノ例殆ド皆然リ)其發育增殖スルヤ直ニ先ツ菲薄ナル內壁ヲ破リテ鼻腔內ニ出テ中甲介ノ部分ニ現ハルモノナリ統計上鼻腔原發癌カ中甲介ノ部分ヨリ發生スルコト最多キハ實ニ是等ノ種類ノモノヲモ包含スルニヨルモノ

缺損部ヲ補塡セントシテ肉芽ノ發生ヲ起シ、且健康上皮ハ周圍ヨリ旺ナル再生機能ヲ營爲スルモ炎性的刺戟反復歇ム時ナキヲ以テ新生上皮ハ再ビ傍ラヨリ壞滅ニ歸ス、如斯增生壞滅相次グ間ニ細胞ノ性狀ハ次第ニ不規則トナリ橫逸不羈トナリ遂ニハ肉芽面ノミナラズ肉芽內ニ迄侵入スルニ至リ癌トシテ認メラルヽニ至ル、而シテ余ノ例ニ於テ肉芽狀ヲナセル間質內ニ上皮細胞索ガ乳嘴狀ヲナシテ侵入セルノ像ハ此間ノ消息ヲ最モヨク發露セシモノト云フベシ。

然リ而シテ余ノ第六例ニ於テハ斯ノ如キ方法ノ下ニ鼻粘膜或ハ其附屬物タル粘液腺排泄管ヲ被覆スル複層圓柱表被ガ乳嘴狀ニ增殖シタルモノ(冠乳嘴性腺腫)ト見做スベキモノナレドモ他ノ五例ハ扁平上皮細胞癌ナルヲ以テ元來複層顫毛圓柱表被ヲ布ケル鼻腔及副鼻腔ニ於テ之ヲ發生スルニハ豫メ圓柱表被ノ扁平上皮ニ化生スルコトヲ想起セサルベカラス、此化生ハ身體諸臟器ノ慢性炎症或ハ腫瘍ニ於テ屢實驗セラルヽ處ニシテ異所的扁平上皮細胞ガ迷芽ニヨラズシテ局所細胞ノ化生ニヨルコトハ近來諸學者ノ全然承認スル處鼻腔內ニ於テモ亦夙ニ之ヲ證明セラレタリ從テ此扁平上皮ニ化生スル性質ヲ獲得セル圓柱上皮細胞ヨリ扁平上皮癌ヲ發生スルノ事實ハ決シテ疑ヲ容ルヽノ餘地ナキモノトス。(完)

ニ違型ヲ呈シテ周圍ニ浸潤スルモノニ非ズ」ト然リ余ノ例ニ於テモ亦此胎生的迷芽上皮細胞ヨリ癌腫ノ發生スル狀態ヲ認知スルコト能ハザルヲ如何セン然ラバ發生ノ原因ハ何レニ歸着スベキヤ山極博士カ「癌腫發生ニ對シ各臟器ハ皆其固有ノ歷史及特別ノ原因ヲ有ス」テフ至言ハ茲ニ於テモ亦大ニ當レリ盡セリ其所謂特別ノ原因トシテ余ハ鼻腔及副鼻腔粘膜ニ於ケル慢性加答兒乃至化膿性炎症ヲ擧示セントス余ノ症例ニ於テ何レモ皆鼻粘膜ノ慢性加答兒或ハ上顎竇化膿ヲ有セザルモノナシ是等ノ加答兒乃至化膿ハ或ハ癌腫ノ形成後續發スルモノナルヤ知ル可カラスト雖モ余ハ寧ロ之ヲ以テ癌腫發生ノ原因的動機ト見做サントス既ニ或ル一派ノ學者ノ唱道セシ如ク是等炎症ノ際ニ起ル所ノ上皮化生及上皮茂生ハ實ニ癌腫發生ノ蘗芽タルナリ一朝適當ナル機會ニ際會セバ異所的異型的ノ發育ヲ遂ゲ癌腫ヲ形成スルモノナリ之レニ對シ最モ有力ナル證明ヲ與フルハ余ノ第五例ニシテ本例ニ在テハ長ク上顎竇蓄膿症ヲ患ヒ臨床的惡性腫瘍ノ徵候ナカリシガ手術ノ結果初メテ竇內癌腫ノ存在ヲ知ルニ至レリ。

組織檢查上著明ナル乳嘴性癌ニメ間質尙幼若肉芽狀ナリキ本例ニ就キ考フルニ竇粘膜化膿ノ結果組織ノ荒蕪ヲ來シ上皮ノ崩壞剝脫組織ノ缺損ヲ起スヲ以テ此

Tafel II

第二圖板

Fig. 1

第一圖



稿ヲ終ルニ際シ恩師山極博士カ懇篤ナル指導ヲ給ハリシコトヲ謹謝シ尙本校病理教室主任林直助君カ最モ有力ナル助言ヲ與ヘラレ且助手若山東一君ガ屢標本製作ノ勞ヲ取ラレタルコトヲ併セテ感謝ス尙此材料ヲ與ヘラレタル本病院外科部ノ諸氏ニ向テ厚ク謝スル所ナリ。

○癌腫ノ組織發生ニ關スル知見增補第二 (Beitraege zur Kenntniss der Histogenese des Carcinoms. IIte Mitteilung) —第參—

—第九圖板—

東京帝國醫科大學教授　醫學博士　山極勝三郎

余及杉原ハ本業報第壹年第壹冊紙上癌腫ノ組織發生ニ關スル知見增補ニ於テ四個ノ原發胃癌一個ノ膵癌ニ纖發セル胃轉移癌ノ觀察調査ニ由リテ得タル成績トシテ(第一)必ラズシモ最初期ナラザル胃癌ニ就テ發生ノ中心若クハ中心ニ近キ所ヲ他ヨリ區別シ得可キヿ即チ原發發生局所ニ於テハ腫瘍實質尙母組織ノ性狀ヲ保持シ且ツ發生當初ノ狀態ヲ指示スルヿ(第二)隨ツテ腺上皮細胞ヨリ癌細胞ノ

Tafel II

第二圖板

Fig. 2

第二圖

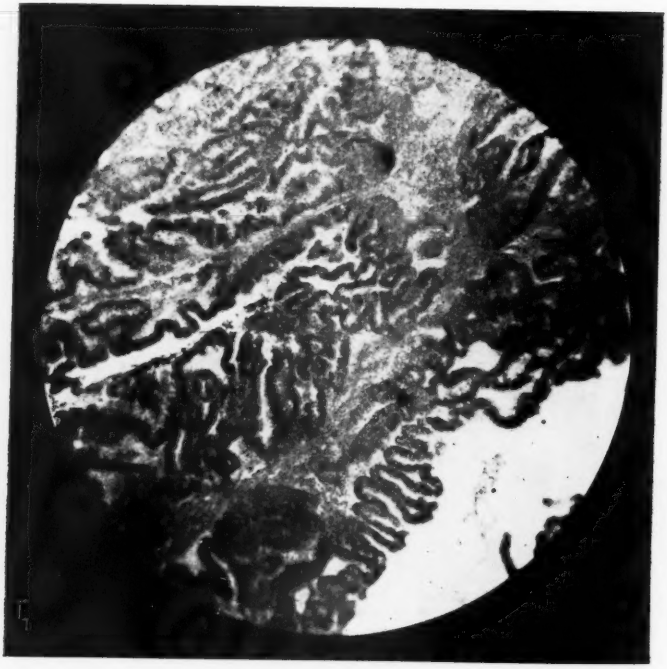


Tafel II

第二圖板

Fig. 3

第三圖



發生スルヤ豹變的ナラズメ徐々ナルヿ及ビ(第三)原發々生局所ニ於テ母組織ガ先ヅ再生的乃至炎性增生狀態ヲ以テ腫瘍新生ノ端緒ヲ開ラキ即チ治癒セザル胃潰瘍邊緣ノ胃粘膜上皮—腺細胞ガ炎性再生的刺戟ニ應ジテ無限ノ增生機能ヲ營爲セザルベカラザルヤ徐々ナレ𪜈終ニ癌腫新生ヲ結果シ此際特別ノ癌性遺傳ノ存在ヲ必要トセザルヿヲ論述セリ。

本業績ニ於テ余ハ(第一)極メテ珍奇ナル囊胞生形性慢性胃加答兒ノ例ヲ揭ゲテ炎性新生ト腫瘍新生トノ間ニ於テボルスト(1)等ガ今日尙主張スルガ如キ本態的差異ノ存セザルベキヿ又コハ諸氏ガ以テ腫瘍ト炎性新生トノ移行領域ニ在ル組織新生トシテ記載セル(例ヘバオルト(2)チーグレル(3)カウフマン(4)等ノ病理解剖學)慢性產出性胃炎ノ摸範的證例ナルヿヲ(第二)七例ノ單純ナル者ヨリ粘膜下ヘノ進入增殖腺腫—癌腫變性ノ諸階級ニ在ル胃腺腫性「ポリープ」ニ就テ先天性若クハ後天性腺腫性「ポリープ」ニ於ケル腺管ノ增生及ビ其ノ腺腫—癌腫性新生ニ變型スルヤ常ニ腺細胞乃至胃粘膜上皮ノ主働的增生ヲ以テ始マリ或ハハウゼル所說(5)ノ如ク粘膜筋ヲ穿破セザル前已ニ粘膜自己ニ於テ癌腫性違型的發育ヲ示ス者或ハオルト(6)イスラヘル(7)等ノ唱フル如ク粘膜下ヘノ進入即チ上皮及腺細胞ノ異

生局所ニ於テ存スル軟化竈ハ厚キ肉芽層ヲ以テ圍繞セラレ其狀全ク「ポリープ」基底粘膜下ニ於テ見ル腺管團ノ肉芽組織ノ包擁スル所トナルノ像ト一致スルヿ等ヲ畧述シテ以テ癌腫ノ組織發生ニ關スル知見增補ノ第二報告ト爲サント欲ス

（第一）炎性增生ト腫瘍新生トノ關係

コーンハイム(8)ガ遺傳素因ニ由來スル新生物ヲ以テ腫瘍ト認シ之ヲ他ノ刺戟ニ發生原因ヲ有スル諸炎性組織增生ヨリ全然分離セシメテヨリ以來病理學界ノ輿論ハ久シク腫瘍新生ト炎性增生トハ其發生原因ニ於テ全ク別樣ノ者ナリトノ考按ニ傾キウイルヒョウ(9)ノ腫瘍モ同ク外來ノ刺戟ニ由來スル者ナレ𪜈唯其刺戟タル一定ノ大一定ノ强ニ達シ且慢性反復性ノ者タラザルベカラズトノ比較的平易ニメ奇拔ナラザリシ卓見ハ少數病理學者ノ外ハ外科專門ノ醫家ノ多數ニ依リテ維持セラレタルヤノ觀アリキ、然ルニ目下ノ趨勢ハ如何、マルシャン、ボルスト、ボルマン、ヘルクスハイメル等一派ノ諸氏ガ尙迷芽說乃至癌性遺傳說ヲ唱フレ𪜈多數者就中ハウゼル、フホン、ハンゼマン、オルト、キアリ、クレツ、ルバルレユ、リツベルト等ハ其ノ所論ニ於テ各多少ノ異同ヲ示シ將タ特色ヲ有スルハ勿論ナレ𪜈何レモ炎性增生ト腫瘍新生トノ間ニハ從來想像セラレタルガ如キ深溝ノ兩者ヲ截

所的發育ヲ「ヘテロトピー」ニヨリテ癌腫性ノ發露セラルヽ者、或ハ粘膜筋ノ缺損部ヲ介シテ粘膜下ニ達シタル上皮及腺細胞ニ對スル肉芽組織ノ新生强ク進入セル上皮腺細胞ハ粘膜下ニ於テ肉芽ニ圍繞セラレ更ニ增殖ノ狀ヲ示サザル者等諸種ノ場合アリテ腺腫性「ポリープ」ヨリ癌腫ヲ發生スル(コハ實際稀有ナル場合ニ在リテモ癌腫ノ發生ハ決メ突然ニ行ハル、者ニ非ラズ、勿論當初ヨリ癌トシテ發生發育スルガ如キ狀態ニ遭遇セズ否單純ナル炎性—再生的增生—良性腺腫—惡性癌腫ノ序ヲ追フテ徐々ニ發育シ或ハ此際單純增生ノ時期、良性腺腫ノ時代以上ニ進マザル者殊ニ多數ナルベキコヲ(第三)エタアー、マムロン子」及「ポリープ」及漿膜下筋腫ヲ兼ネタル後壁胃底ニ近キ胃體部大小灣中間ニ發生シタル肉眼的腺腫ト診斷セラレタル最初期胃癌ノ一例ニ於テハ、夫ノ原發々生局所ト癌腫變性層ト周邊浸潤發育層トノ間ニ於ケル腫瘍實質細胞性狀及組織造構ノ相違顯著ナルト同時ニ相互間ノ移行モ亦甚ダ明瞭ニシテ母組織ト見ベキ高圓柱上皮ガ始メ腺腔形成ノ性ヲ維持セルニ反シ形狀ハ次第ニ不正多形トナリ細胞體「プロトプラスマ」到ル所ニ於テ膠樣透明トナリ或ハ赤染扁平トナリ纖維間ニ浸潤增殖シ已ニ腺腔ヲ形クルノ性ヲ失フニ至ルノ階級ガ鏡下一視野ノ裏ニ歷然トシテ照シ出サレ又原發々

其後膨隆部大灣ニ沿ヘル粘膜、粘膜下及筋層、漿膜ニカケテノ長カキ縦徑組織片及之レニ直角ヲナセル横徑組織片ヲ胃ノ當該部後壁ヨリ截リ取リ多數ノ「ツエロイデイン」包埋「ヘマトキシリン」「エオジン」或ハウァイゲルト彈力纖維染色標本ヲ製シタリ

肉眼的——上記縦横徑切片ハ更ラニ九分セラレタリ此ノ九種標本ヲ觀察スルニ漿膜及筋膜ニハ格別ノ變化無ク唯後者ノ少シク薄キヤノ感アリ粘膜下組織ハ概シテ筋膜ニ近ク多少鬆疎ナレモ粘膜筋部ニ於テ緻密ナリ又皺襞特ニ高ク粘膜層肥厚セル部及皺襞内ニ於テハ一般ニ緻密ニシテ皺襞比較的低ク粘膜層モ亦隨ツテ薄キ部ニ於テハ鬆疎ナリ粘膜ハ凡テ皺襞尖端ニ薄ク皺襞兩側殊ニ皺襞間部ニ於テ厚ク最厚部ハ約四密迷強ニ達スル而シテ非膨隆部ノ粘膜ノ厚サハ一密迷内外ナリ到ル所濃紫染シ膨隆部ニ於テハ殊ニ其深層ニ多數ノ集團セル或ハ孤立セル大小空隙アリ其ノ大ナルハ過半融合性ニシテ形不正ナリ圓形ノ最大ナルハ粟粒大或ハソレヨリ少シク大ナリ

顯微鏡下——先ヅ諸瀦溜囊胞ヲ觀察スルニ其占位ヨリスレバ粘膜表層ニ近カキ者ト深層ニ在ル者トアリ表層ニ近カキ者ハ多ク孤在性ニシテ粘膜ノ肥厚未ダ顯

又前壁ニシテ膨隆部ト胃底非膨隆部トノ境界ニ近カキ前者内ニ於テ一個極メテ柔軟細長ナル「ポリープ」樣物ガ多數ノ充血セル細血管ヲ示ス者アリ其他後壁幽門部非膨隆部ニ近カク右ノヨリ少シ太キ膠樣半透明ナル「ポリープ」アリ高サ約一仙巾サ二三密迷大ナリ、夫ノ淺表缺損ヲ水ヲ注ギテ熟視スルニ普通「エロジオン」ノ如クニテ單純胃潰瘍ニハ非ラズ生前吐血セリト云フハ恐ラク是等「エロジオン」ヨリノ出血ナル可ク貧血性患者ニ在リテハ假令ヘ胃酸ノ過冗分泌無クモ胃壁ノ營養惡キ爲メ「エロジオン」又潰瘍ヲ發シ易キナリ粘膜ノ膨隆ノ由來ハ先ヅ粘膜自個ノ肥大增生ノミニ歸ス可キガ如ク重剪刀ニテ作レル新鮮標本ヲ鏡下ニ檢スルニ粘膜ノ線狀像明ナル外基底部ニ於テ腺ノ延長分岐紆廻セル狀及其ノ囊胞狀ニ擴張セル者少カラズ是レ已ニ肉眼ニテ透明斑トシテ見ヘタル胃腺ノ潴溜囊胞ナリ此ノ「チステ」ハ隨分深クメ或ハ已ニ粘膜下ニモ達シ居ル者モ有ルヤ知ルベカラズ然ナガラ未ダ腺腫乃至癌腫ト認スベキ程ノ增生狀態ハ見ヘズ、尤モ患者若シ今少シ長生キセバウアルダアイエルノ所謂局所素因デ腺腫―癌腫ヲ多發スルニ到リシヤ又知ルベカラズ」

以上ハ余ガ「デモンストラチオンスクルズス」ニテ學生諸氏ニ示說セル概畧ナリ

生局所ニ於テ存スル軟化竈ハ厚キ肉芽層ヲ以テ圍繞セラレ其狀全ク「ポリープ」基底粘膜下ニ於テ見ル腺管團ノ肉芽組織ノ包擁スル所トナルノ像ト一致スルヿ等ヲ畧述シテ以テ癌腫ノ組織發生ニ關スル知見增補ノ第二報告ト爲サントス欲

（第一）炎性增生ト腫瘍新生トノ關係

コーンハイム(8)ガ遺傳素因ニ由來スル新生物ヲ以テ腫瘍ト認シ之ヲ他ノ刺戟ニ發生原因ヲ有スル諸炎性組織增生ヨリ全然分離セシメテヨリ以來病理學界ノ輿論ハ久シク腫瘍新生ト炎性增生トハ其發生原因ニ於テ全ク別樣ノ者ナリトノ考按ニ傾キウイルヒョウ(9)ノ腫瘍モ同ク外來ノ刺戟ニ由來スル者ナレ𪜈唯其刺戟タル一定ノ大一定ノ强ニ達シ且慢性反復性ノ者タラザルベカラズトノ比較的平易ニメ奇拔ナラザリシ卓見ハ少數病理學者ノ外ハ外科專門ノ醫家ノ多數ニ依リテ維持セラレタルヤノ觀アリキ、然ルニ目下ノ趨勢ハ如何、マルシヤン、ボルスト、ボルマン、ヘルクスハイメル等一派ノ諸氏ガ尙迷芽說乃至癌性遺傳說ヲ唱フレ𪜈多數者就中ハウゼル、フホン、ハンゼマン、オルト、キアリ、クレツ、ルバルレユ、リツベルト等ハ其ノ所論ニ於テ各多少ノ異同ヲ示シ將タ特色ヲ有スルハ勿論ナレ𪜈何レモ炎性增生ト腫瘍新生トノ間ニハ從來想像セラレタルガ如キ深溝ノ兩者ヲ截

所的發育ヲ「ヘテロトピー」ニヨリテ癌腫性ノ發露セラルヽ者、或ハ粘膜筋ノ缺損部ヲ介シテ粘膜下ニ達シタル上皮及腺細胞ニ對スル肉芽組織ノ新生强ク進入セル上皮腺細胞ハ粘膜下ニ於テ肉芽ニ圍繞セラレ更ニ增殖ノ狀ヲ示サザル者等諸種ノ場合アリテ腺腫性「ポリープ」ヨリ癌腫ヲ發生スル(コハ實際稀有ナル)場合ニ在リテモ癌腫ノ發生ハ決メ突然ニ行ハルヽ者ニ非ラズ、勿論當初ヨリ癌トシテ發生發育スルガ如キ狀態ニ遭遇セズ否單純ナル炎性—再生的增生—良性腺腫—惡性癌腫ノ序ヲ追フテ徐々ニ發育シ或ハ此際單純增生ノ時期、良性腺腫ノ時代以上ニ進マザル者殊ニ多數ナルベキコヲ(第三)「エタアー」、「マムロンチ」及「ポリープ」及漿膜下筋腫ヲ兼ネタル後壁胃底ニ近キ胃體部大小灣中間ニ發生シタル肉眼的腺腫ト診斷セラレタル最初期胃癌ノ一例ニ於テハ、夫ノ原發々生局所ト癌腫變性層ト周邊浸潤發育層トノ間ニ於ケル腫瘍實質細胞性狀及組織造構ノ相違顯著ナルト同時ニ相互間ノ移行モ亦甚ダ明瞭ニシテ(ロ)組織ト見ベキ高圓柱上皮ガ始メ腺腔形成ノ性ヲ維持セルニ反シ形狀ハ次第ニ不正多形トナリ細胞體「プロトプラスマ」到ル所ニ於テ膠樣透明トナリ或ハ赤染扁平トナリ纖維間ニ浸潤增殖シ已ニ腺腔ヲ形クルノ性ヲ失フニ至ルノ階級ガ鏡下一視野ノ裏ニ歷然トシテ照シ出サレ又原發々

胃炎(Gastritis catarrhalis chronica cystica proliferans)ニ酷似セル極メテ珍奇ナル高度ノ增殖性胃加答兒ノ結果ヲ遺憾無ク發露セル者ニシテ胃潰瘍胃癌其他ノ凡テ胃粘膜ノ側方增生ヲ催ス原因トナル可キ變化ヲ伴ハズシテ然カモ本例ノ如ク高度ナル肥厚ノ廣延セル者ノ如キハ我病理學敎室貯藏標本ニ於テモ未ダ其類例ヲ見ズ(第參圖板第一圖)

解剖的診斷——諸內臟ノ萎縮、兩肺水腫、左肺下葉血液沈墜及無氣、左側一般性慢性癒着性胸膜炎、慢性加答兒性腸胃炎、大動脈內膜脂肪斑、軟腦膜水腫、全身浮腫

「死スル少シ前ニ吐血アリタル外特殊ノ胃症候無カリシト云フ已ニ常ノ如ク大灣ニ沿フテ剪開セラレタル胃ヲ見ルニ胃底部小サク幽門部上半ヨリ胃體部ニ掛ケテ廣ク全體ノ形普通ト異ナリ此ノ大ク成レル部ニテモ筋膜ハ善ク收縮シ居ルモ粘膜ガ全體ニ膨隆シ皺襞甚ダ厚ク太ク腸詰狀ニテ紆廻蜒蜒極メテ粘稠ナル灰白色膠樣粘液ヲ以テ被ハレ之レヲ洗ヒ去ルヿ容易ニ非ラズ當該部小灣線ト幽門直上部並胃底ヲ除クノ外ハ一帶ニ上記ノ如キ粘膜ノ肥厚膨大ヲ示シ辛ウメ膠樣ノ粘液ヲ洗ヒ落シ檢スルニ粘膜面ハ髓樣白色ナルガ到ル處殊ニ粘膜深層ニ粟粒大或ハ以上ノ透明斑アリ且ツ諸所ニ餘リ深カラザル淺表缺損アリ形不規則ナリ

然區劃スル者ニ非ラズシテ多數ノ惡性腫瘍茲ニ於テハ癌腫ガ單純炎性乃至再生的增生ヲ以テ始マリ終ニ惡性ノ發育性能ヲ獲得スルニ到ル者ト解釋スベキ者ナルコトヲ認識シ居ル者ノ如シ。余モ亦後者ト同意見ナルガ、左ニ揭グル(第一例)慢性囊胞生形性胃加答兒ハ實ニ此ノ炎性增生ト腫瘍新生トノ間隔ハ左迄廣クシテ超ユ可カラザルガ如キ者ニ非ラザルヲ示ス好適例ニシテ高圓柱細胞ヲ冠スル胃腺ノ慢性加答兒ニ由ル官能ノ亢進—濃厚ナル粘液ノ排泄不良、停滯、瀦溜—壁上皮細胞ノ增生、乳嘴形成—冠乳嘴性腺腫ノ像ヲ呈スルノ狀ハ共ニ諸粘膜上皮、粘液腺輸出管等ニ於テ增殖性炎ノ結果トシテ上皮—腺細胞ニ同ク腺腫性增生ヲ將來スルト其轍ヲ同フスル者、加フルニ「エタァー」、「マムロン子」アリ、一方ニ二三小「ポリープ」ノ胃腔ニ向ツテ生ズルト同時ニ、諸所粘膜深層ニ於テ增生腺腫性囊胞ガ肥厚スル粘膜筋層ノ諸部ニ向ツテ深カク箝入シ、將サニ之レヲ貫通シ粘膜下ニ突進セントスル者アリ

第一例　慢性囊胞生形性胃加答兒

本例ハ去二月二十一日脚氣ノ診斷ノ下ニ三浦內科ヨリ送致セラレタル屍ヨリ得タル材料ニシテ曾テラングルハンス(10)ガ報告セル慢性加答兒性囊胞性產出性

其後膨隆部大灣ニ沿ヘル粘膜、粘膜下及筋層、漿膜ニカケテノ長カキ縦徑組織片及之レニ直角ヲナセル横徑組織片ヲ胃ノ當該部後壁ヨリ截リ取リ多數ノ「ツエロイデイン」包埋「ヘマトキシリン」「エオジン」或ハウァイゲルト彈力纖維染色標本ヲ製シタリ

肉眼的——上記縦横徑切片ハ更ラニ九分セラレタリ此ノ九種標本ヲ觀察スルニ漿膜及筋膜ニハ格別ノ變化無ク唯後者ノ少シク薄キヤノ感アリ粘膜下組織ハ概シテ筋膜ニ近ク多少鬆疎ナレ𪜈粘膜筋部ニ於テ緻密ナリ又皺襞特ニ高ク粘膜層肥厚セル部及皺襞内ニ於テハ一般ニ緻密ニシテ皺襞比較的低ク粘膜層モ亦隨ツテ薄キ部ニ於テハ鬆疎ナリ粘膜ハ凡テ皺襞尖端ニ薄ク皺襞兩側殊ニ皺襞間部ニ於テ厚ク最厚部ハ約四密迷強ニ達ス而シテ非膨隆部ノ粘膜ノ厚サハ一密迷内外ナリ到ル所濃紫染シ膨隆部ニ於テハ殊ニ其深層ニ多數ノ集團セル或ハ孤立セル大小空隙アリ其ノ大ナルハ過半融合性ニシテ形不正ナリ圓形ノ最大ナルハ粟粒大或ハソレヨリ少シク大ナリ

顯微鏡下——先ヅ諸瀦溜囊胞ヲ觀察スルニ其占位ヨリスレバ粘膜表層ニ近カキ者ト深層ニ在ル者トアリ表層ニ近カキ者ハ多ク孤在性ニシテ粘膜ノ肥厚未ダ顯

又前壁ニシテ膨隆部ト胃底非膨隆部トノ境界ニ近カキ前者内ニ於テ一個極メテ柔軟細長ナル「ポリープ」樣物ガ多數ノ充血セル細血管ヲ示ス者アリ其他後壁幽門部非膨隆部ニ近カク右ノヨリ少シ太キ膠樣半透明ナル「ポリープ」アリ高サ約一仙巾サ二三密迷大ナリ、夫ノ淺表缺損ヲ水ヲ注ギテ熟視スルニ普通「エロジオン」ノ如クニテ單純胃潰瘍ニハ非ラズ生前吐血セリト云フハ恐ラク是等「エロジオン」ヨリノ出血ナル可ク貧血性患者ニ在リテハ假令ヘ胃酸ノ過冗分泌無クモ胃壁ノ營養惡キ爲メ「エロジオン」又潰瘍ヲ發シ易キナリ粘膜ノ膨隆ノ由來ハ先ヅ粘膜自個ノ肥大增生ノミニ歸ス可キガ如ク重剪刀ニテ作レル新鮮標本ヲ鏡下ニ檢スルニ粘膜ノ線狀像明ナル外基底部ニ於テ腺ノ延長分岐紆廻セル狀及其ノ囊胞狀ニ擴張セル者少カラズ是レ已ニ肉眼ニテ透明斑トシテ見ヘタル胃腺ノ潴溜囊胞ナリ此ノ「チステ」ハ隨分深クメ或ハ已ニ粘膜下ニモ達シ居ル者モ有ルヤ知ルベカラズ然ナガラ未ダ腺腫乃至癌腫ト認スベキ程ノ增生狀態ハ見ヘズ、尤モ患者若シ今少シ長生キセバウアルダアイエルノ所謂局所素因デ腺腫―癌腫ヲ多發スルニ到リシヤ又知ルベカラズ」

以上ハ余ガ「デモンストラチオンスクルズス」ニテ學生諸氏ニ示說セル概畧ナリ

其後膨隆部大彎ニ沿ヘル粘膜粘膜下及筋層漿膜ニカケテノ長カキ擬經組織管及

浸潤性細胞核等ノ目立ツ者無ク(第四圖板第二圖 JGM) 斯ル部位ノ間質及腺管ノ極メテ丈高キヲ示ス所ニ於テハ血管腔ハ殆ンド見ヘズ之レニ反シ粘膜層狹キ所ニテハ往々毛細管ノ充漲ヲ見タリ、又粘膜面ノ諸所ニハ夫ノ脫落腺上皮ヲ多數ニ封入セル凝固膠樣粘液ノ附着シ居ルヲ認ム(第四圖板第三圖 GS)

胃腺ノ多角形大細胞ハ赤染シ細顆粒狀、强廓大下ニテ其脂肪顆粒ニ因スル者ト核ノ空胞變性ヲ呈スル者或ハ已ニ不正ニ縮小變形セル者多シ殊ニ粘膜上半層ニ於テハ核ノ不染者、細胞相互凝着セル者多シ、是レ死後ノ自家消化甚ダ微弱ナリシト膠樣粘液ノ附着トニ徵シ、或ハ自家分泌液ノ胃表面ニ排泄セラレズシテ上層腺管壁ノ細胞ニノミ働ラキ之ヲ壞死ニ陷ラシメタリトモ謂フベキカ

夫ノ後壁膠樣「ポリープ」ハ割面上腺管ノ膠樣質ヲ入レタル者ノ諸種斷面ト之レヲ界セル間質トヲ示セリ

之ヲ要スルニ本例胃壁粘膜ニ於テハ粘液分泌性胃腺及腺管間質ト粘膜筋トノ肥厚、粘膜下上層ノ緻密ナルト膠樣粘稠ノ粘液附着トニ徵シ慢性胃加答兒ノ存在セルヤ明ケシ、然カモ現在間質內細胞浸潤ノ如キハ極メテ微々タリ茲ニ於テ余ハ本例潴溜囊胞發生ノ理由タル粘液ノ潴溜ヲランゲルハンス所報ノ如ク純然タル

著ナラザル所ニ於テ存シ全ク單純ノ潴溜囊胞トシテ內容ハ層疊性線狀凝固物壁ハ一層ノ短圓柱或ハ扁平或ハ數層ノ同上細胞列トヨリ成リ往々扁平上皮ニ化生セルニ非ラズヤト思ハシムル者アリ

深層ニ位スル者ハ大小形狀千種萬樣ニシテ(甲)ハ透明ナル短—高圓柱細胞ヲ(乙)ハ赤染セル短—高圓柱細胞ヲ冠シ(甲)者ハ其擴張セル狀態ニ於テ相圍繞セルノ狀尙幽門腺ニ類スル者アリ(乙)者ハ過半胞壁ヨリ大小高低種々ナル乳嘴狀突起ヲ出シ腺壁乳嘴狀增生ノ像ヲ呈スルヲ常トス(第四圖板第壹圖KUP)然レ𪜈(甲)(乙)兩者ノ移行像モ亦少カラズ或ハ其長徑粘膜ノ縱軸ニ一致シ或ハ深層粘膜筋上ニ橫臥ノ位置ヲ示シ往々夥シク肥厚セル粘膜筋層ヲ穿ツテ將サニ粘膜下ニ及バントスル者アリ然レ𪜈多數標本ノ搜索上其ノ終ニ粘膜下ニ達シ即チ粘膜下組織內ニ介在セル腺管ニ遭遇セザリキ

肉眼上已ニ知ラルヽ如ク皺襞頂上部ニ於テハ粘膜層狹ク皺襞間ニ在リテハ巾廣ク斯ル厚層粘膜ニ於テ第一余ノ注意ヲ喚起セルハ腺管間質ニ於ケル桿狀核ノ頗ル著明ナルコ普通胃壁粘膜ノ比ニ非ラザルコニテ此ノ核ヲ有スル滑平筋束ハ上部粘膜表面ニ達シ下部粘膜筋ニ移行ス而シテ此ノ筋核以外ニ於テハ乍然特ニ

偖テ何ガ故ニ余ハ此ノ嚢胞生形性慢性胃加答兒ノ例ヲ癌腫ノ組織發生ニ關スル知見增補ナル表題ノ許ニ其ノ第一材料トシテ揭ゲタルヤ

人若シ本例ニ於テモ已ニ二個ノ「ポリープ」ヲ生ジ其性狀ハ後ニ揭ル第二例ノ先天性ト思ハル、如キ者ト大ニ其ノ形狀造構ヲ異ニスルコト乳嘴性突起ヲ生ズルニ傾ケル腺腫樣嚢胞ハ諸所ニ於テ將ニ粘膜筋ヲ穿破シテ粘膜下ニ突入セントスル者アルトニ鑑ミナバ一定ノ場合ニ於テ慢性炎性增生狀態ヨリシテ終ニ良性—惡性上皮細胞腫瘍ヲ發生シ得ベク然カモ斯ル際ノ事トテ同狀態ニ在ル上皮細胞ガ相前後シテ或ハ殆ンド同時ニ腫瘍ニ變性シ得ベキコヲ想察スルニ難カラザルベシ余ガ後揭「ポリープ」諸例ヲ記述スルニ先ダツテ本例ヲ畧叙スルモノ蓋シ本例ノ如キ炎性新生ト腫瘍新生トノ境界ニ置カルベキ組織新生狀態ノ存スルコヲ示サンガ爲メナリ

終ニ追記スベキハ粘膜層嚢胞發生ニ關シランゲルハンスハ主トシテ擴張セル胃腺ノ融合ニ成ルガ如ク記載セルガ余ノ本例ニ於ケル嚢胞ハ何レモ潴溜嚢胞ナレモ就中壁ニ乳嘴狀突起ヲ新生セル者ハ決シテ融合腺管壁ノ遺存物ニハ非ラズ即チランゲルハンス氏例ニ在リテハ嚢胞ノ發生極メテ受働的ナルガ如クナレモ

加答兒ノ爲メニ分泌セラルヽ膠樣粘稠ナル粘液自個ノ排泄困難ナルニ歸シ多數成書ニ記セル間質內細胞浸潤間質肥厚ニ因スル腺管ノ壓搾性狹窄ハ普通ノ顆粒狀胃炎ノ「エタアー、マムロン子」ノ場合ニ適スルモ本例等ヲバ說明スルニ堪ヘザル者ト信ズ否余ガ本例ニ由リテ得タル所見ニ考フレバ夫ノ潴溜囊胞ハ是レ已ニ受働的狀態ヲ以テ始マリシニハ非ラズシテ慢性胃加答兒ニ際シ本來ノ胃液ヲ分泌スル胃腺ガ受働的態度ヲ呈シ、脂肪變性、核ノ空胞變性所謂「ビクノーゼ」等ニ陷ルニ反シ、粘液腺ハ加答兒性炎ノ爲メ其官能亢進ニヨリ粘液分泌ノ旺盛ナルニ由リ平素輸出セラルヽヨリ以上ノ殊ニ濃厚ナル粘液ノ多量ヲ分泌スルヤ之レノミニテモ終ニ分泌液ノ潴溜ヲ結果シタルヲ以テ囊胞形成ノ端緖ト認ムベキガ如シ而シテ一旦斯ル狀態ノ開始セラレ加答兒ノ原因モ亦斷ヘズ働ラキ持續スルヤハ多々益々粘液ノ潴溜ノ度ヲ高カメ潴溜囊胞ハ其數ヲ增シ其ノ大サヲ加ヘ一方ニ隣接囊胞ノ融合ヲ致スト同時ニ主働的ニ始マリタル者トテ他方ニハ多數囊胞壁細胞ガ增殖新生、夫ノ乳嘴狀突起ヲ出ス者アルニハ已ニ記述セル如クニシテ潴溜液內壓ノ爲メニ扁平トナレル細胞ヲ冠スル單純ナル潴溜囊胞ハ粘膜ノ肥厚著カラザル非膨隆部ニ近カキ所ノ上屑ニ於テ存ス

尤モ此ノ腺腫性「ポリープ」ト腺腫結節トノ區別ハ甚ダ漠然タル者ニメ余ハ『胃癌發生論』(八十一頁)ニ於テ『將タ又「ポリープ」ト謂フモ腺腫ト稱フルモ是レ寧ロ主觀的便宜上ノ區別タルヲ免カレズ、肉眼上ハ勿論、組織的ニ於テモ判然タル徑界ハ得テ附スベキニ非ラズ、唯其ノ著明ナル者ニ在リテハ相互自カラ差別アリ、兎ニ角吾人ガ腺腫ト稱スル場合ハ結節狀ニシテ一定ノ大サ(漠然タレモ先ツ栗子大位以上カ)ニ達シ扁平ナラズ、基底ハ比較的廣カラザル部類ノ上皮性腫瘍ニ適シ、良性ナルヲ常トス、即チ大ナル「ポリープ」ト言ハバ最モ簡明ナランカ、蓋シ其ノ性質ノ良ハ專ラ胃腔内ニ向ッテ發育シ已ニ拳手大或ハ以上殆ンド全胃腔ヲ塡塞スルニ近キ大サニ達シテ尙且轉移ヲ起サズ……其發育ハ胃腺ト粘膜筋及腺間結締織トノ間ニ略ボ平均ヲ保チ云云』ト記シタリ

之ニ反シテ腫瘍細胞遺傳素因說ヲ持スルボルストノ如キハ其腫瘍篇第二卷ニ於テ「ポリープ」ト腺腫トノ區別ヲ說キテ曰ク『腺樣新生物ハ粘膜ノ區域内ニ確カト其進行ヲ限局シ居ルヿ勿論ナリ其ノ新生セル腺ガ此ノ境界ヲ超越穿破シテ深部ニ進入スルヿ無シ又輸出管ノ存在スルヿハ必要ノ件タリ即新生腺腫組織ガ輸出管ト規則正シク持續的關係ヲ呈スルヲ認メ得ベシ尤モ腺管ノ塡塞壓迫ハ免カル

余ガ例ニ於テハ融合性者ノ外甚ダ多數ノ者ハ主働的乳嘴新生ヲ示セルナリ

（第二）腺腫性「ポリープ」ヨリノ腺腫―癌腫發生狀態

慢性顆粒狀胃炎「エタアー、マムロン子」ニ於ケル疣狀顆粒性肥厚ナラザル又腺腫結節トシテ已ニ胡桃大以上林檎大或ハ以上ニ達セザル限局性ノ球狀ニシテ細莖ヲ有シ或ハ扁平廣基底性ノ粘膜―粘膜下組織增生即チ胃ノ「ポリープ」ハ其ノ多發性細莖性ニシテ不定占居部位ヲ示ス先天性ノ者ナルト孤在往々簇生性廣基底性ニシテ主トシテ幽門部ニ占居スル後天性ナル者トニ論ナク比較的稀有ナル良性上皮細胞性生形物ナリ余ガ胃癌發生論ノ材料調查ノ際ニ於ケル統計ニ據レバ明治三十四年乃至卅六年間ノ全材料及三十七年一月―三月中旬ニ至ル「デモンストラチオン」材料ヲ合シテ八十例ヲ算スル胃ノ上皮性腫瘍中胃ノ腺腫トシテ記載セラレタル者都合十例ニシテ「ポリープ」ハ僅カニ五例即チ

種類	胃癌	胃腺腫	胃「ポリープ」	計
實驗數	六五、	一〇、	五、	八〇例
%	八一、二五	一二、五	六、二五	一〇〇、〇
數				

ベキ者ニ非ザレハ是ハ措クトシテポルストノ區別ハ到底腺腫ト非腺腫性新生物トヲ判別スルノ用ニ堪ヘザルガ如シ何トナレバ已ニ立派ニ發育セル純然タル腺腫結節モ僅ニ扁平「ポリープ」狀或ハ球狀隆起トシテ粘膜上面ニ現在セル新生物ノ一定數モ共ニポルストガ眞性腺腫ニ期待スル性狀ヲ具備スル(ワハフホン、ハンゼマン(11)等モ亦記載ス)ト同時ニ一定數ノ腺腫性「ポリープ」ノ如キ外觀ヲ呈スル新生物ハ往々鏡下ニ於テ徒ニ腺腫性ノミナラズ已ニ癌腫ノ像ヲ呈シ將タ又孤立ト簇生或ハ瀰蔓性ト否トハ寧ロ「ポリープ」ニ腺腫タルト非タルトニ論ナク)ノ成立ノ先天性ナルヤ後天性ナルヤノ鑑別上多少憑據スルニ足ル者アレモ是レニヨリテ腺腫ナルヤ否ヲ分類スルガ如キハ實際ニ於テ不可能ノ事ニ屬ス

一定ノ場合ニ對シ現在ノ發育狀態ニ於ケル新生物ニ向ヒ單ニ形貌學上ヨリ診斷ヲ附スルヲ以テ足レリトセバポルストノ分類ニ從ジテ或ハ過誤無キヲ得ンカナレモ腫瘍殊ニ上皮細胞性腫瘍ノ如キハ善ク其境遇ニ應ジテ性質ノ變化ヲ將來シ得ル者ニシテ遺傳性其儘ニテ始終スル者ニ非ラザルガ故ニ是等上皮性腫瘍腺腫「ポリープ」等ノ分類ニ於テモ決シテ形式ニノミ從フベクモアラズ當初類似ノ「ポリープ」ニシテ後ニ到リ腺腫結節トシテ胃腔內ニ發展スルモノ或ハ寧ロ速カニ癌

ペカラズ』『一見獨立的「ポリープ」狀新生物ノ周邊ニ於テ組織ガ瀰蔓性ニ同種茂生ニ變化スルコヲ意味スル現象ヲ發見スベシ』ト即チ腺管新生ノ粘膜內ニ限局シ瀦溜囊胞等ノ生ズルコアルニモセヨ新生腺管ハ必ラズ輸出管ヲ具フルコト及附近ニ同樣ノ茂生狀態ヲ存スルノ三標徵ニヨリテボルストハ『胃、腸、鼻、子宮等ノ瀰蔓性及限局性「ポリープ」狀茂生』ヲ『眞性特種ノ腺腫樣腫瘍』ヨリ除外セリ而シテボルストハ此ノ所謂腺樣增生ヲ可成的眞ノ腺腫等ヨリ區別スベシトテ腺腫ニ就テハ『胃ニモ亦如是孤立性ノ眞性ノ拳子大位迄ノ過半表面絨毛狀腺腫ヲ存シ正規ノ輸出管ヲ缺如スル密集セル腺團ハ胃ノ健態粘液腺型ノ構造ヲ有シ新生ハ粘膜區域內ニ限局ス』ト記セリ

上記ボルストノ說ニ從フトキハ「ポリープ」モ眞性腺腫モ粘膜內ニ限局セル發育ヲ營ムコニ於テ一致スレモ腺腫ハ孤在性ナルニ反シ「ポリープ」(ボルストノ「ポリープ」狀腺性增生)ノ周邊ニハ同樣ノ瀰蔓性茂生ヲ存シ腺腫ハ正規ノ輸出管ヲ缺如スルニ對シ「ポリープ」ハ輸出管ヲ具有スト云フニ在ルガ如シ、余ヲ以テ見レバ是レ極メテ形式的牽強的分類ト謂ハザルベカラズ「ポリープ」ノ名稱ハ素ト外觀上ヨリ來タリタル者ナレバ組織學的腫瘍學的分類上ニ於テ確乎タル統一的性格ヲ附セラル

部粘膜下ノ如ク透明疎鬆ナリ此ノ三角兩側ノ邊緣ヲ形クレル粘膜筋ハ尖端ニ於テ不明トナリ「ポリープ」上半部内層ニ向ツテ消失ス此ノ内層ハ緻密ニシテ外層ハ並列セル腺管腔ノ縱―斜斷ヲ示シ「ポリープ」粘膜層ハ一般ニ附近ニ比シ二倍或ハ一倍半ノ厚サヲ有ス

「ポリープ」ノ一側ニ近ク唯一個ノ粘膜皺襞ノ縱斷ト思ハルヽ小隆起アリテ玆ニモ亦基底ニ於テ一小三角形粘膜下組織ノ他ヨリ少シ厚キ粘膜筋ニテ上兩邊ヲ界セラレツヽ粘膜ニ向ツテ隆起シ一二突起ヲ粘膜内ニ挿入シ居ルヲ見レ𪜈粘膜自個ノ厚サハ此處及其他一般ニ平等ニシテ「ポリープ」ノ夫レノ半分或ハ三分ノ二位ナリ

「ヘマトキシリン」「エオジン」染色標本ヲ鏡下ニ檢スルニ小隆起部粘膜筋外層ニ於ケル縱斷セラレタル纖維束ハ幾多錯綜ヲ示シツヽ粘膜ニ向テ放散シ玆ニ粘膜深層透明骰子形上皮ヲ冠スル胃腺々管ノ紆廻圍繞セルヲ數群ニ分劃ス又粘膜下ニ橫斷セラレタル筋纖維束ノ島狀ヲナシテ粘膜下表層ニ存スル者ノ數ハ附近ヨリ遙ニ多キノ觀アリ粘膜表層濃染スル圓柱上皮ヲ冠スル腺管列丈高キ外異狀ナシ腺間組織ハ到ル處核ニ富ミ又フホン、ハンゼマンモ曾テ記セル(12)「エオジン」ニテ濃赤

腫變性ニ由リ胃壁內ニ浸潤發育スル者又或ハ徹頭徹尾小「ポリープ」トシテ終ル者モアルベシ人此際當初ノ「ポリープ」ヲ何レニ加入セントスルヤ「ポリープ」カ腺腫カ將タ癌腫カ吾人ハ唯腺管ノ增生或ハ現ニ過冗ノ腺組織ヲ示メス腺腫性「ポリープ」ヲ診シテ現在ハ腺腫性「ポリープ」ナレモ其將來ニ於テ或ハ腺腫ト成リ或ハ癌腫ニ變ズルヤ或ハ吳下ノ阿蒙ニ止マルベキヤ否ハ豫言シ得ベカラズト謂ハント欲ス蓋シボルストガ所謂腺腫增生ヲ可成的眞性ノ腺腫ヨリ區別スルヲ勉ムベシト云フガ如キハ吾人其ノ何ノ意タルヲ解スル能ハザル所ニシテ「ポリープ」ト腺腫ト腺腫ト癌腫ト然カク天賦ノ差異ニ由リテ發生スル者ニ非ラザルベキハ以下列擧スル腺腫性「ポリープ」ノ七例之レヲ證明シテ餘アルベシ

第二例　幽門部腺腫性「ポリープ」(貯藏標本)—第六圖板第一圖—

幽門部「ポリープ」トシテ保存セラレタル者ニシテ高サ約一仙迷巾サ五—六密迷ニ近キ略圓柱狀ヲ爲セル「ポリープ」ナリ表面隨所粘膜屑ヲ被ムルモ普通腺腫性「ポリープ」ニ於ケルガ如シ今其ノ縱斷面ヲ見ルニ基底部粘膜下組織ハ二等邊三角ノ長キ兩脚ヲ以テ界セラレタル銳角ヲ以テ「ポリープ」全高ノ中央迄達シ居ルヲ目擊シ得可シ此ノ基底三角組織內ヲ上行スル太キ血管枝ノ二三斷面アリ其ノ他ハ他

コハ他部ト異ナラザレモ唯赤染硝子樣單核類圓ー橢圓形細胞及ルツセル氏小體ノ夥シク屯集沈着セルヲ認ム

此ノ「ポリープ」ニ於テ尙注意ヲ價スルハ濾胞ガ上記粘膜四區ノ境トシテ上行進入セル筋束上端ニ位スル者アルト同時ニ又筋束間ノ谷ヲナセル粘膜深層ニ在リテ一見二重ノ濾胞ヲ存スルガ如キト右筋束ヲ兩側ヨリ分岐性腺管ガ筋束ニ向ツテ侵入スルガ如キノ像ト是レナリ

彈力纖維染色標本ニ由リテ粘膜筋部彈力纖維ノ狀態ヲ觀察スルニ筋束ノ放散ニ伴レ粘膜ニ向ツテ分散スルノ狀「ポリープ」尖端部ニ於テ殊ニ明ニシテ又此ノ筋及彈力纖維ノ放散ガ「ポリープ」部粘膜深層腺質ノ增殖ニ歸因スルコヲ認ム

則チ本「ポリープ」ニ於テハ表面乳嘴狀ナラズ然カモ腺管ノ深部へ向ツテノ增殖ハ「ポリープ」尖端ニ於テ筋層ノ分離放散ヲ結果セルナリ而シテ本例「ポリープ」ノ孤立性ナルト該部粘膜下特ニ太キ血管ヲ存シ上行シ粘膜粘膜筋ガ缺損又炎性浸潤ヲ示メサズシテ高キ隆起ヲ形クレルトハ本例「ポリープ」ノ成立ヲ以テ先天性組織基礎ノ過冗ニ歸スベキガ如シ

兎ニ角本例ノ如キハ現在「ポリープ」粘膜深層ニ於テ多少腺管ノ分岐延長ノ像ヲ

染セル硝子樣質ヨリ成ル細胞體及一核ヲ有セル圓形橢圓形等大小不同ノ細胞或ハルツセル「フクシン」小體ト稱スル上記細胞體ト同性狀ノ圓球ノ存在モ他部ト格別ノ差異ナシ此ノ硝子樣球及硝子樣赤染細胞ノ硝子樣質ヲ以テ余ハ粘液ニ歸セントト欲ス

「ポリープ」基底粘膜筋ハ三角兩邊脚ニ於テハ格別厚サニ變リナシ兩脚間三角尖端下ニ當ル粘膜下ニ於テハ上記ノ小隆起ニ於ケルヨリハ更ニ多數ノ筋束ノ橫斷島ノ存在ヲ示ス、擴張セル靜脈及動脈枝ノ上行シテ三角尖端(銳角)ヲ穿破スル部ノ中央左右ノ三ケ所ニ於テ筋束ガ粘膜ニ向ツテ放散シ隨ツテ「ポリープ」粘膜ノ茲ニ四個ノ區域ニ分界セラルヽヲ見ル一側ノ第一區即チ附近粘膜ニ移行スル所ニ於テハ殆ンド異狀ナシ第二區即チ上正中部ノ一側及第三區之ニ接セル上正中部他側ナル部即第三區ニ於テハ赤染圓柱細胞ヲ冠スル表層ノ胃腺皆ナ延長シ深層ニ向ツテ著ク迂廻分岐シ新タニ分岐シテ生ジタリト思ハル、「プロトプラスマ」赤染セル小圓柱細胞ヲ冠スル腺團ノ深層筋束間ニ於テ「深層ノ舊透明短圓柱細胞性胃腺ト表層赤染高圓柱細胞上皮トノ間ニ於テ散在スルヲ見第四區即チ他側ノ附近粘膜ニ移行スル部ニ在リテハ殊ニ透明腺層ノ厚キヲ覺ユ其他腺間質核ニ富メル

圓ノ外層ヲ爲セル粘膜表層ハ濃紫赤染シ内層即向上セル粘膜下筋層ト外層トノ中間層ハ淡染シ多數ノ淡青染セル透明膠樣質ヲ入ル、形狀大小種々ナル腔ヲ包有ス(第六圖板第二圖甲)

今之レヲ鏡下ニ檢スルニ「ポリープ」附近粘膜ハ概シテ萎縮ノ狀態ニシテ例ノ濃染圓柱細胞ヲ有スル表層ノ管狀腺甚ダ短カク且ツ到ル所死後消化ノ爲メカ外面ニ於テ像不明ナリ細胞ハ過半脫落シ存在セズ、又深層ニ於テ夫ノ透明短圓柱細胞ヲ冠スル胃腺圍ハ甚ダ微々タル者ニシテ唯彼處此處ニ其痕跡ヲ止ムルニ過ギズ、之レニ反シテ最深部ニ於テハ到ル處筋纖維乃至結締織纖維ノ增息錯綜セル者アリテ纖維束間網眼ノ大ナル者ハ往々潴溜囊胞狀ニ擴張セル腺腔ノ壁ニ濃染高圓柱細胞ヲ冠スル者ヲ入ル、ヲ見ル(第六圖板第二圖a)內容ハ粘液樣透明或ハ纖維索狀ニ凝固セル或ハ多數ノ脫落セル壁細胞ヲ混ゼルアリ染色ヲ示サズ腺間々質內ニ於テ現在著ルシキ細胞浸潤ヲ認メズ

「ポリープ」表面最外層モ同ク消化液ノ働ニ因ルカ像不明ニシテ腺管短カシ唯茲ニ於テハ腺ノ少シク表面ヲ遠ザカルヤ擴張シ諸種不正形ヲ呈シ內容ハ壁ヨリ脫落セル赤染圓柱上皮ヲ以テ充塡セラレタル者到ル所皆然ラザル無シ更ラニ深層

呈ス(粘膜層故ニ厚シ)ト雖モ尙ホ單純性增生ノ部中ニ算スベキモノカ

第三例　幽門部多發性腺腫―第五圖板第一圖第六圖板第二圖―

高橋某女、天保三年七月六日生。養育院廻送。明治三十六年八月十四日解屍。明治三十六年第二百十九號)

解剖的診斷―　腎實質炎、小腸加答兒、肝左葉生形不全、囊胞形成、肝右葉代償性肥大、左心單純肥大、腸胃多發性腺腫及胃腺腫性癌、下垂性肺炎、

幽門ヲ去ル上方約七仙迷ノ小灣ニ於テ一個胡桃大ノ表面比較的平滑ナル一結節アリ是ニ接シテ一二遙カ小ナル娘結節アリ是等ハ割面上膠樣ノ觀ヲ呈シ表面ハ多數ノ血點ヲ示ス又五仙許幽門輪ヲ去ル上方大灣ニモ小指頭大ノ「ポリープ」アリ尙一個ヨリ小ナル「ポリープ」幽門輪直上部ニアリ其他十二指腸ニモ拇指頭大及示指頭大ノ「ポリープ」ヲ見ル(第五圖板第二圖)

(イ)上記ノ大灣部「ポリープ」―ヨリ作レル縱斷切片標本(ヘマトキシリン、エオジン染色)ハ高サ巾サ共約八―九密迷ノ最大徑ヲ有スル畧ボ圓形ヲナシ「ポリープ」割面基底ヨリ粘膜下組織ノ兩側ニ筋層ヲ以テ界セラレタルガ上行シテ圓ノ中央部ニ達シ玆ヨリ筋束ノ周邊ニ向ヒ放散スルヲ見ルノ狀(第一)腺腫性「ポリープ」ニ似タリ

ナサズ其處ヨリ粘膜下ニ亘リテ結節ノ內容ヲ形クレル淡青染セル透明ノ大小腔ニヨリテ粗太ナル網絡ニ分カタレ諸處粘膜筋ノ全ク消失セルガ如キ所アリ(第六圖板第二圖乙a)結節ノ粘膜下不等邊三角形ヲ爲セル部(同上圖b)ハ上記ノ如キ大小形狀不同ノ淡青染透明ノ物質ヲ入レタル腔及其間ニ存スル微弱ナル境壁ヨリ成リ、其部下方ニ尙狹マキ鬆疎ナル纖維性結締織層ニヨリテ筋層ト對峙シ左右界層ニ於テハ結締織少シク緻密ナリ

鏡下所見——切片ノ一方ナル「ポリープ」基底ノ一側及ビ之レニ直接セル厚キ粘膜ハ肉眼ニテ並行性線狀像ヲ示セル如ク到ル處畧ボ上下ノ方向ヲ取リテ相並行シ且ツ諸所ニ於テ左右相吻合セル高圓柱濃赤染上皮ヲ冠スル長キ管狀腺列ガ之レニ伴ヘル普通ヨリ厚キ粘膜筋ノ分派ヲ混ズル間質性境壁ニテ界セラレ是レハ又吻合ノ發生强キ部殊ニ其ノ深層粘膜筋上部ニ於テ乳嘴性腺腫狀ヲ爲セル腺圍ニテ侵蝕セラルヽヲ見ル而シテ右等腺管ハ何レモ上方生理的胃腺ニ移行シ又普通粘膜深層ナル淡染腺圍ヲ存セズ右ノ如ク增殖セル腺管壁上皮中ニハ諸所塔ヲ作リ乳嘴狀ヲナシテ擴張セル腺腔內ニ進入シ往々骰子多角形ノ肥大濃染セル細胞ニ變ゼルアリ

ニ向フヤ一方筋纖維束間ニ進入セシ如キ分岐紆廻セル小腺管ノ比較的淡染シ短圓柱狀上皮ヲ冠スル腺管團アリ是レト相並ンデ頗ル擴張シ肉眼ニテモ已ニ透明ナル塊トシテ見ラレタル粘液樣物質ノ少數上皮ヲ混ジタルヲ容レ居ル腔乃至擴張ノ度未ダ強カラザル者ヲ存ス是等擴張性腺管及肥厚セル筋纖維結締織纖維ニ由リテ「ポリープ」粘膜ハ他部ニ比シ約三四倍ノ厚ヲ有スルナリ粘膜筋ノ基底兩側ヲ界スル者ハ肥厚甚シカラズ此ノ兩脚間ナル基底粘膜下組織ハ他部同樣鬆疎ニシテ內ニ上行スル血管モ變狀ヲ呈セズ勿論腺管ノ新生又腺上皮ノ侵入ヲ示サズ」

彈力纖維着色標本ニ就キテ彈力纖維ノ大體筋纖維ノ散布ト同態度ヲ取ルヲ見ルベク卽チ「ポリープ」基底三角ノ尖端ニ於テ上外方ヨリ進入シ來タル腺殊ニ其ノ擴張ノ爲メ筋纖維束ト共ニ甚シク分離セラルヽノ狀歷然タリ然レ𪜈筋纖維血管ガ粘膜ヲ乳嘴性ニ分劃セルノ觀無シ

（ロ）小灣部胡桃大結節。―ヨリ得タル標本（ヘマトキシリン、エオジン）ヲ肉眼ニテ見ルニ粘膜層ハ結節部モ其ノ隣接部モ可ナリ厚ク紫赤色線狀像ヲ呈シ其線ハ隣接部乃至結節兩脚ニ於テ規則正ク壁ニ直角ヲ爲シテ並列スルニ反シ結節頂上部ニ於テ甚シク不正混亂セリ隨ツテ淡赤染セル粘膜筋モ當該部ニ在リテハ一直線ヲ

彈力纖維標本ニ見ルニ粘膜筋層ニ適スル彈力纖維ハ筋纖維ト共ニ粘膜ノ表層ニ迄存シ深部腺管ノ冠乳嘴性腺腫樣腺腔下ニ在リテハ粘膜筋及彈力纖維共ニ甚ダ薄弱ナリ又上記兩陷凹破壞部ニ於テ彈力及筋纖維ハ破壞部兩側ト破壞部下ノ膠樣癌胞巢壁ニ於テノミ發見セラル

上記所見ニ徵スルニ本例ノ「ポリープ」ハ本來腸胃多發性「ポリープ」ト認スベキ者ニシテ其基礎ハ必ラズヤ先天性ナルベシ(多發性、其發生部位眞ノ「ポリープ」狀、—肉眼的、鏡下ノ像)而シテ(イ)ノ「ポリープ」ハ大灣ニ位シ原發性ニ粘膜腺管ノ潴溜囊胞形成及多少ノ腺管新生ニ由リテ已ニ良性腺腫性像ヲ呈シ(ロ)ノ小灣部ナルヨリ大ナル「ポリープ」ハ附近一帶ノ粘膜ガ濃染高圓柱上皮細胞性胃腺ノ腺腫性增殖之レニ反シ淡染短圓柱上皮細胞性腺ノ消失ヲ示シ已ニ諸處新生腺管ノ吻合冠乳嘴性腺腫ヲ形成シ「ポリープ」一側ノ粘膜ニ於テ新生腺管ノ不正ナル排列潴溜囊胞及其ノ癌腫性變化粘膜筋ノ破壞腺腫性癌ノ粘膜下侵入ヲ認メシメタル者ニシテ其ノ像ハ凡テハウゼルガ記セル腺上皮ノ原發性增殖新生ニ一致ス

則チ本例腺腫性膠樣癌ハ先天性「ポリープ」ニ對シ恐ク同一刺戟ノ働ラキタル爲メ(慢性粘膜炎?)先ヅ腺ノ潴溜囊胞淡染短圓柱上皮胃腺ノ萎縮濃染高圓柱上皮ノ

「ポリープ」頂上部ニ於テハ腺管間質ノ纖維束錯綜シ其網眼ハ即チ濃赤染高圓柱細胞ヲ冠スル腺管ヲ入レタリ當該部ニ於テハ尙深層ニ普通ニ見ル淡染短圓柱性ノ小ナル腺團ノ幾個ヲ認メタリ此ノ頂上ニ直接セル他側ニ於テ一小缺損ノ膠樣質及頽敗細胞ヲ以テ塡タサレタルアリ是レハ囊胞ノ痕跡ト見ルベシ是レヨリ以下「ポリープ」ノ他側邊ニ適當スル粘膜表面ハ二ケ所ニ於テ少シク陷凹シ粘膜下ニ向フ細狹ナル縱裂ヲ示シ兩陷凹間ノ表面モ他部ヨリ低クシ茲ニ於ケル粘膜ハ殆ンド生理的ト異ナリ新生濃赤染高圓柱細胞ヲ冠スル腺管ノ不規則ナル排列連合ヨリナリ腺腔ハ膠樣質並ビニ小ナル多形上皮細胞ヲ以テ塡サレ既ニ腺腫性癌ノ像著明ナルト同時ニ當該部粘膜筋ハ二ケ所ニ於テ全ク破壞セラレ破壞部ハ前記陷凹部ニ適シ膠樣癌乃至腺腫性癌組織ガ粘膜部ト粘膜下トノ移行ヲ形成シ(第七圖板第一圖E)兩破壞部中間ニ在リテモ粘膜筋層ノ腺腫性膠樣癌胞巢(同上圖中G)ニヨリテ纖維束ノ分斷離間サルヽヲ見ル

粘膜下腫瘍胞巢ハ過半淡青染透明ノ膠樣粘液樣質ヲ以テ充タサレ其邊緣乃至中央ニ於テ小腺腔ヲ圍メル短圓柱腺上皮細胞ノ團欒ヲ浮カブルノ他特ニ記スベキナシ

此ノ中央部ヨリ胃ノ縦徑ニ沿フテ鉛直斷切片ヲ製ス

「ヘマトキシリン、エオジン」染色標本ニ一見三階松ノ如ク粘膜層ノ三段ニ分配サレタルヲ視ル即チ最下段ハ普通胃粘膜面ニシテ松ノ根幹ニ「ポリープ」基底扁平三角ノ一側ナル斜面ニ移行シ當該部粘膜筋ヲ被フ而シテ後者ハ切片上松ノ根幹ノ如ク上記三角ノ一側ヨリ其尖端ニ進ミ之ヨリ外(胃腔)ニ向ツテ生育シ半仙迷許ノ高サノ所マデ前記斜面側ニ向ヒ灣曲シ茲ニ側枝ヲ出ダス此ノ枝モ亦延長スルト同時ニ上方ニ凹面ヲ劃シテ多數ノ小分枝ニ終ル是レヲ被ヘル粘膜ト反對側ニ於テ根幹上ニ在ル粘膜トハ即チ第二段ヲ形リ根幹(粘膜筋)分岐後一旦其接續ヲ失シ茲ニ細横隙ヲ遺シテ其ノ上ニ第三粘膜段ハ根幹ノ尖頂部ニ位ス(第六圖板第三圖)又既記扁平三角斜面ノ反對側ハ同ク斜面ナレ𪜈緩徐ニシテ第一段粘膜ヲ以テ被ハル而シテ扁平三角(「ポリープ」基底)ノ最長邊ナル粘膜下ノ少ク肥厚シ且赤染セル側(第六圖板第三圖d)ト上記兩斜面側トニテ圍マレタル三角部ハ濃紫染セル幾多裂隙ヲ示セル「ポリープ」粘膜ニ類セル組織ヨリ成レリ(第六圖板第三圖b)「ポリープ」ノ第二第三段粘膜ハ濃紫赤染シ基礎組織即チ粘膜筋ノ分枝上ニ直立ノ位置ニ於テ並列セル線狀像ヲ呈スルニ反シ第一段粘膜一半「ポリープ」(急斜面)ハ唯其表層ノ

增生ヲ以テ端ヲ開ラキ(イ)「ポリープ」ニ於テハ未ダ僅カニ囊胞性腺腫ノ初期トモ認スベキモノナルニ(ロ)「ポリープ」ニ於テハ已ニ粘膜內ニ於テ腺腫性膠樣癌ニ變ジテ粘膜下ニ侵入シタルモノナレモ尙限局壓排性擴大性發育ニシテ他ニ轉移ヲ起スノ程度ニ達セザル者ナルコト明ナリ且又(ロ)「ポリープ」ニ在リテ興味アルハ「ポリープ」直接ノ粘膜ノ腺管ガ呈スル增生現象ハ之レヲ單純ナル側方增生ト認スベカラズシテ余ノ所謂第二着原發變性ト稱スルノ妥當ナルヲ證明スルニアリ又(イ)ノ「ポリープ」粘膜ニ於ケル增生ガ粘膜或粘膜下ヨリノ轉移ニ非ラザルハ一見明瞭ナリ否(ロ)ニ於テ膠樣癌ノ原發ガ粘膜內ニ於テ特發セルガ如ク玆(イ)ニ於テモ先ヅ潴溜囊胞形成ヲ以テ端ヲ開ラキタルコトテ患者若シ長ク生存セバ終ニハ(ロ)ニ於ケルガ如キ膠樣癌ヲ發生スルニ到リシヤ知ルベカラザルナリ(ロ)ノ膠樣癌ノ像ト(イ)ノ囊胞性腺腫ノ像ト其觀甚相似タリ

第四例　幽門部小灣線ノ腺腫性「ポリープ」(貯藏標本)——第五圖板

第二圖、第六圖板第三圖——

幽門部前壁ノ小灣ニ近ク幽門輪ヨリ一、五仙迷噴門ヨリ一四仙迷ノ所ニ在リ胡桃大、粘膜面ヨリ突隆セル結節ニシテ表面ノ諸處深キ截痕ヲ示シ又分葉狀ヲ呈ス

此ノ中央部ヨリ胃ノ縱徑ニ沿フテ鉛直斷切片ヲ製ス

スベキ此肉芽組織ハ幼若細胞以外少數ノ毛細管ヲ示シ唯二三ケ所ニ於テ粘膜筋ノ斷片ヲ包含セリ、知ル可シ此ノ扁平三角部組織ハ粘膜ヨリ何レノ部ニ於テカ粘膜筋層ヲ破リテ粘膜下ニ侵入シ茲ニ增殖新生セル腺組織アリ局所結締組織ノ反應モ亦旺盛ニシテ殆ンド全ク進入セル新生腺管ヲ圍繞シ其ノ更ラニ周邊ニ向ツテ繁殖蔓延スルヲ防遏シ得タルノ時期ニ在ル者ナルコトヲ而シテ得タル數切片ニヨリテ察スルニ腺上皮ガ增殖シツヽ粘膜下ニ侵入シ來レルノ途ハ三角ノ一側急斜面ヲナセル邊ノ三角尖端ニ近キ側ニ於テ發見セラルベキガ如ク此處ニ於テ粘膜筋層ノ最薄弱ナルヲ見ル兩斜面上粘膜深層ノ淡赤染部ハ淡赤染短圓柱上皮ヲ冠スル腺團ノ生理的ニ近キ行儀正シク排列ヲ示シ、表層濃紫染ハ高圓柱上皮ヲ冠スル細長腺管壁上皮ノ染色セルニテ此ノ腺管ハ兩斜面上ハ勿論「ポリープ」附近ニテモ既ニ紆廻延長分岐ヲ示ス

粘膜ノ第二第三段ニ於ケルハ全然濃紫赤染高圓柱上皮ヲ冠スル表層ノ細長腺管ノ延長セルガ表面下ニ放線狀ヲナシテ比較的行儀善ク並列シ深層ニ於テハ錯綜混亂セル粘膜筋突起ノ分枝間ニ於テ腺管性胞巢ノ大小形狀千態萬狀ナルモノヲ入レ凡テ粘膜筋突起ニ向ヒ突起內ニ腺管ノ侵入スルノ狀歷然タリ換言スレバ

ミニ於テ紫赤染シ他ハ淡赤染シ線狀ナラズ他ノ一半(緩斜面)ハ紫赤染表層ト淡赤染深層ト相半バス又急斜面上部ト根幹灣曲ト其第一分枝トノ間ニ一個粟粒大ノ粘膜下三角部ト全ク同樣ニ濃紫染セル所アリ「ポリープ」ニ隣接スル(第一段)粘膜ニ於テハ濃紫赤染表層ト淡赤染深層ト厚サ相半バス當該部粘膜下ニ於テ「ポリープ」根幹部粘膜下一側(急斜面側)ニ向ツテ走レル紆廻擴張セル動靜脈管アリ又粘膜下ハ三角部ニ侵入セル粘膜樣組織ヲ界セル部ノ少ク肥厚セルノ外例ノ如ク鬆疎ニシテ筋膜ニ異常ヲ認メズ

鏡下所見—先ヅ「ポリープ」基底粘膜下扁平三角部ノ下最長邊ノ赤染セル部ハ外層赤染セル緻密ナル纖維性結締織及內層幼若肉芽細胞ニ富メル層ヨリ成リ(第七圖板第二圖gn)就中內肉芽層ニハ殆ンド到ル處ニ黃染セル脂肪顆粒細胞ノ密集セル者アリ中ニ多少ノ赤染硝子樣球乃至同性狀ノ體ヨリ成ル圓形橢圓形等細胞ヲ混ズ此層ハ直チニ扁平三角內容ナル粘膜ト同樣ニ濃紫赤染セル組織ニ移行ス茲ニ見ル空隙ハ一ハ人工的一ハ腺管腔ニ適スル者即チ後者ハ高圓柱上皮ノ濃赤染セル者ニテ界セラレ此圓柱細胞ハ更ニ空隙ニテ圍マレタル如キ狀態ニ在ル肉芽組織內ニ突入シ或ハ實性或ハ虛性細胞索ヲ形成ス(第七圖板第二圖G)腺間質ト認スベキ此肉芽組織ハ幼若細胞以外少數ノ毛細管ヲ示シ唯二三ケ所ニ於テ粘膜筋

ル肉芽組織ガ腫瘍團ヲ包圍シ腺管ノ進行性發育ノ一時防遏セラレタルノ狀態ナリトス、又組織的ニ此肉芽組織內ニ於テ顆粒細胞ノ夥ク存在スルハ後ノ數例ニ於テモ同樣ノ狀態ニテ發育セル肉芽組織內ニ同ク發見セラルヽ所見トシテ注意ヲ價ス

第五例　幽門部扁平腺腫性「ポリープ」(貯藏標本)——第五圖板第三圖、第六圖板第四圖——

小灣ニ沿フテ幽門ヨリ五、五仙迷噴門ヨリ七仙迷ノ所ニ在リテ稍前壁ニ偏シ方形ノ約三、五仙迷平方ノ花壇狀表面凸凹不平ノ隆起アリ是レヲ中央ニ於テ縱斷シ其ノ半側ヨリ(イ)(ロ)(ハ)ノ三切片ヲ作クリ各切片ヨリ標本ヲ製シタリ

(イ)ノ切片ニ在リテハ筋層ハ殆ンド普通ノ厚サ即チ結節附近ト同ジ厚サヲ有シ些ノ影響ヲ被ラズ(ロ)ノ切片ニアリテハ結節部粘膜下ニ存スル腫瘍組織(淡青染透明物質ヲ入レタル腔ト濃紫赤染セル部トヨリ成ル)ノ爲メ一部已ニ壓迫萎縮ニ陷リ其處ハ腫瘍ノ灣入ヲ示ス隨ツテ筋層ハ他部ヨリ厚サ三分二位ニ減少セリ(ハ)ノ部ニ於テハ「ポリープ」下ニ侵入セル腫瘍ハ(第六圖板第四圖b)ハ高ク結節內ニ存シ其ノ下部ニ尙ホ肥厚セル粘膜下組織アリ直接ニ腫瘍ノ浸潤ヲ免カレ居レ尼腫瘍

乳嘴性ト言ハンヨリ腺管ガ主働的ニ筋突起ニ向ツテ進行スルノ像ナリ間質ハ到ル處幼若結締織細胞ニ富ミ夫ノ體ガ硝子樣質ヨリ成ル單核細胞及ルッセル氏球モ亦少カラズ其他擴張セル腺管内ニハ脫落頽敗セル上皮及圓形細胞等ノ外出血ノ爲メ血液ヲ混ズル者モ亦目擊セラル

ワンギーソン氏法及ウアイゲルト氏彈力纖維染色標本ニ見ルモ彈力纖維及筋纖維ガ上方ヨリ侵入シ來ル新生腺管ニヨリテ分斷離隔セラル、ノ狀明ナリ

偖此ノ「ポリープ」ノ先天性ナルヤ後天性ナルヤハ現下ノ增大ニ於テ確ニ判別スルコハ困難ナリト雖モ「ポリープ」附近粘膜下組織及粘膜筋ノ炎性浸潤及增殖ヲ示サヾルニ鑑ルキハ恐ク先天性ナルベシト思ハル唯其ノ一個幽門部小灣線ニ近キ前壁ニ存スルノ點ヨリシテ或ハ後天性ナランカノ疑アリトス而シテ本例ニ於テ最興味アル所見ハ粘膜内ニ於テ腺腫性增生ノ顯著ナル者アリテ是ガ皆ナ深層粘膜筋ニ向ツテ發育シツヽアル間ニ於テ終ニ粘膜筋ノ間隙淋巴濾胞所在部？腺管ノ侵入ニヨリテ次第ニ生ジ來タレル纖維間隙？或ハ炎性缺損？カハ知レザレモ淋巴管内ヲ通ジテニハ非ラザランカ)ヲ穿破シテ新生腺管ノ粘膜下ニ突入セルニモ拘ラズ之レニ對シテ起コレル粘膜下組織ノ反應性炎ノ結果腺管周圍ニ發生セ

ヒ結締織ノ增殖顯著ナリ「ポリープ」ヲ少ク隔タレル部ノ粘膜ハ專ラ萎縮ノ狀ナレ𪜈附近ノ夫レハ潴溜囊胞及腺ノ分岐新生ヲ示ス「ポリープ」ニ直接セル所ハ「エロジオン」トモ見可ク粘膜層ノ缺損シテ陷凹シ其粘膜筋層ニ於テハ「エロジオン」ノ大サニ一致スル橫徑ノ大潴溜囊胞アリ「ポリープ」表面ハ上皮ヲ失ヘル管腔ト管腔トノ間質ノ絨毛狀ニ林立シ參差セルアリ以下粘膜筋最下層迄ハ筋及結締織束ト新生腺管ノ濃染高圓柱細胞ヲ冠スル者ノ胞巢トノ混亂雜居ヲ示スモ腺管ハ未ダ粘膜下ニ達セズ

(ロ)ノ切片疣狀部ニ於テハ濃染高圓柱細胞ヲ冠スル腺管ノ分岐紆廻延長シ粘膜筋ニ向ツテ進入スル者ト潴溜囊胞ノ甚多キヲ見ル然レ𪜈是等腺腔內容ハ殆ンド透明ニシテ染色セズ而シテ「ポリープ」頂上部粘膜ハ唯表面ノ諸處ニ舊狀態ノ痕跡ヲ止ムルノミニシテ大體大小形狀種々ナル腺腫性胞巢ト肉芽性間質ヨリ成リ此ノ胞巢內容ハ粘膜下腫瘍ノ者ト同樣青染ス又一部胞巢壁上頗ル肥大シ赤染セル圓柱細胞ノ堵ヲ形レルアリ往々乳嘴狀腺腫ノ像ヲ呈ス一部ノ胞巢ハ直接ニ粘膜下腫瘍ニ通ズ

粘膜下腫瘍ハ「ポリープ」基底ニ一致シ大小ノ青染粘液樣質ヲ內容トセル胞巢ヨ

ト肥厚粘膜トノ壓ニヨリ當該部筋層ハ概シテ薄ク厚サ他部ノ半バ位ナリ

粘膜下層ハ到ル處疎ナル組織トシテ見ルベケレドモ(ロ)ノ部ニ於テハ侵入腫瘍ノ爲メ殆ンド缺如ス

粘膜筋層ハ「ポリープ」附近ノ部ニ於テモ概シテ普通ノ倍位ノ厚サヲ有シ殊ニ(ロ)ノ部ニ在リテハ多數ノ皺襞横斷ニ似タル小隆起ニ伴ヒ著ルシク肥厚シ疣狀ヲ爲シ(イ)ノ「ポリープ」部ニ於テハ當該部粘膜下上層ト共ニ約半仙迷ノ厚サアリ之ニ反シテ(ハ)及(ロ)ノ粘膜下ニ腫瘍ノ侵入セル「ポリープ」部ニ在リテハ粘膜筋ハ此腫瘍組織ノ爲メ諸處ニ於テ(ロ)穿破セラレ或ハ一體ニ分裂離斷セラレ(ハ)粘膜ト粘膜下トノ境界判然セザル者アリ(第六圖板第四圖a)

(ハ)ニ於ケル「ポリープ」附近粘膜ハ平坦ニシテ一樣ニ紫染シ厚カラズ(ロ)ノ同部ハ疣狀ヲナシ凸凹不平粘膜下ト共ニ一般ニ肥厚セリ又(イ)ノ同部ハ平等ニ肥厚シ(ハ)ニ於ケルノ倍位ナリ之レニ反シ其ノ(イ)「ポリープ」頂上部粘膜層ハ薄クシテ赤染シ紫色ニ乏シク粘膜筋層トノ別明ナラズ然ルニ(ロ)及(ハ)ノ「ポリープ」頂上部ハ尙紫赤染セル粘膜ノ線狀造構甚ダ亂レタルヲ示ス

鏡下所見—(イ)ノ「ポリープ」附近一帶ノ粘膜筋層ヲ中間トシテ粘膜下及粘膜ニ向

性發育ニ止リ周邊ニ對シ平等ノ戰線ヲ作リ未ダ突飛的ニ周圍ニ浸潤セルノ狀ナシ而シテ茲ニ面白キハ本例モ亦第三例ノ如ク膠樣癌トシテ粘膜下竈ノ周邊ニ肉芽組織ノ發生ヲ示サヾルニ在リ

第六例　幽門部扁平腺腫性「ポリープ」(貯藏標本)―第五圖板第四圖、第六圖板第五圖―

幽門ヲ去ル二、五仙迷噴門ヲ去ル十一仙迷ノ所ニシテ小灣ニ沿フテ約五十錢銀貨大隆起ノ表面丘巒ノ連亘セルガ如キ凸凹不平ヲ示ス者アリ此ノ腫瘍ヲ中央ヨリ折半シ更ラニ二個ニ區分シテ(イ)(ロ)標本ヲ製ス

(イ)標本ニ在リテハ一個基底粘膜筋ト共ニ約半仙迷ノ高ヲ有スル半球狀「ポリープ」ト附近ニ二個連續セル疣狀隆起ヲ見ル

鏡下所見―筋膜ハ概シテ厚ク殊ニ半球狀「ポリープ」下ニ在リテ普通ノ一、五倍ニ達シ且ツ其粘膜下側ニ於テハ粘膜下ヨリ血管ニ沿ヒ濃赤染セル緻密ナル結締織ガ筋束間ニ侵入セルヲ目擊ス疣狀部下ニ於テモ亦此ノ筋纖維間質ノ粘膜下側ニ於テ多少增生セルヲ見ルベシ粘膜下組織ハ「ポリープ」下ノ上半ハ極メテ緻密赤染シ下半ハ透明鬆疎ナレモ他部ハ概シテ普通ノ如ク疎ナラズ粘膜筋層ハ殊ニ「ポリ

リ成リ胞壁細狹圓柱上皮ヲ冠ス後者ハ往々「ロゼツテン」ヲ形クリツヽ腔内ニ遊離ス

（ハ）ノ切片ニ在リテハ唯「ポリープ」頂上粘膜筋層ノ分裂離斷セラレタルト粘膜下層腫瘍ト「ポリープ」側壁トノ間ニ太キ動靜脈管ノ上行スルヲ見ルノ（ロ）ト異ナルアルノミ

彈力纖維染色標本ニ就キ「ポリープ」頂上部彈力纖維ガ粘膜側ヨリ下方ニ進行シ來ル新生腺管ノ爲メ粘膜下ニ向ツテ壓排セラルヽノ狀ヲ認ム

上來ノ記述ニ徵シ本例ニ於テモ「ポリープ」上粘膜ノ腺管ガ先ヅ粘膜筋束粘膜筋層ニ向ツテ增殖新生シ終ニ後者ヲ穿破シ粘膜下ニ突入シタル者ナルヤ疑無シ而シテ未ダ夫レ以上ニ粘膜下ニ著キ浸潤性發育ヲ呈セザレ𪜈第四例ノ反應性炎ノ如キハ茲ニ之レヲ見ルヿ能ハズ又「ポリープ」ノ扁平凸凹、一部絨毛狀、幽門部小灣ノ位置、附近一般ニ粘膜筋腺間質ノ肥厚等ニ鑑ルキハ本例「ポリープ」ハ恐ク後天性ノ者カ

本例ハ即前第三例ニ酷似セル膠樣腺腫性癌ノ最初期ノ像ト認スベキモノナルガ第三例ト共ニ腫瘍組織ハ粘膜ニ於テ既成シ粘膜下ニ進入セルモ尙擴大性壓排

位置ノ幽門部小灣ニシテ簇生狀形ノ扁平凸凹ナル表面等ハ或ハ後天性「ポリープ」ナランカト思ハル、則チ本例ノ如キハ恐ラクポルストノ所謂腺性增生ノ摸型ト認スベキ者ナルベシ

第七例　幽門部腺腫性「ポリープ」(貯藏標本)——第五圖板第五圖、第六圖板第六圖——

小灣ニ沿フテ幽門ヨリ上方約一、八仙迷、噴門ヲ去ル一三仙迷ノ所ニ在ル雀卵大球狀隆起ナリ腫瘍ノ中央部ヲ胃ノ縱徑ニ隨ッテ切片標本ヲ作製ス

「ヘマトキシリ、エオジン」標本及ワン、ギーソン氏法染色標本ヲ肉眼ニテ見ルニ「ポリープ」ハ不等邊四角形ヲ現ハシ基底上兩側ニ銳角ヲ作リテ少ク斜ニ立テル左右邊中左邊ハ右邊ノ半徑ニ過ギズ右邊及基底邊ハ各畧ボ一仙迷ニシテ頂上ナル基底ニ對スル邊ハ最モ長ク一、二——一、三仙迷ヲ算ス即チ菱形ニ近カキ四角ナリ而シテ左右兩邊粘膜下ニハ兩邊ノ長サニ適スル濃赤或赤紫染セル肥厚セル粘膜筋層アリテ左右斜ニ並行シテ相對峙ス、且ツ此ノ兩斜立筋層ハ上下ノ中間部ニ於テ兩個ヲ橋樣ニ結合スル橫位ノ極メテ濃赤或赤紫染セル組織束(第六圖板第六圖c)ニヨリテ接續シ恰モH字形ヲ爲シ橫一文字ノ橋下ニ着色惡シキ軟化狀物質ヲ入ル

ープ」部ト疣狀部トニ於テ厚サヲ增セリ粘膜ハ到ル處濃紫染シ「ポリープ」部ニ於テ線狀排列ヲ示シ透明ノ斑點多ク厚サ他部ノ三倍位ナリ

(ロ)標本「ポリープ」部粘膜下側筋間結締織ノ少ク增セルヲ見ル粘膜下組織ハ「ポリープ」部上半ニ緻密赤染下半透明鬆疎ナルノ他概シテ疎ナラズ粘膜筋層ハ到ル處厚サヲ增シ粘膜層「ポリープ」部ハ粗雜淡青染或透明斑點ヲ示シ他ノ二倍ノ厚アリ

鏡下所見—(ロ)標本「ポリープ」部粘膜筋ハ最モ厚ク錯綜シ他ノ部ニ於ケルモ幾分其量多キカ如シ他部粘膜層諸處ニ潴溜囊胞アリ其深層ニ一定ノ間隔ヲ置キテ淡染短圓柱細胞ヲ冠スル腺團アリ「ポリープ」粘膜ニ於テハ上記潴溜囊胞ノ多數及腺腫狀胞巢ノ大小種々ナル者及淡染短圓柱細胞腺團ヲ深層ニ表層濃赤染高圓柱細胞ヲ冠スル細長ナル腺管ノ分岐紆廻延長ヲ認ム此ノ濃染高圓柱細胞性腺管ノ新生增殖ガ肥厚セル粘膜筋ニ向ツテ行ハルヽノ狀ハ(イ)標本「ポリープ」ニ於テ更ラニ著明ニシテ玆ニ於テハ腺間質內細胞ノ浸潤强ク且例ノルツセル氏小體及硝子樣赤染細胞ヲ存ス

本例「ポリープ」ニ於テ余ハ現在唯「ポリープ」粘膜ノ高圓柱赤染細胞性腺管ノ腺腫性增生ヲ見レ𪜈到ル處粘膜筋ハ未ダ穿破セラレズ

者ノ横斜斷ガ胞巢狀ヲ爲シ腺間質ノ細胞ニ富メル者及一個ノ遊離上皮及圓形細胞ヲ以テ充塡セル肉眼ニテ濃紫染乃至黃染セル竈トシテノ細胞浸潤竈ヲ存シ夫ノ肉眼上一條ノ細狹裂隙ト見ヘタルハ一個粘膜表面ヨリノ瘢痕性陷凹ナルガ如ク隙ノ兩岸及底共ニ平滑ナリ然レモ上記ノ如ク底ニハ先ヅ腺管ノ胞巢間質ノ增加セル又細胞浸潤層アリ次ギニ斷絕セル粘膜筋間ヲ補綴セル瘢痕性結締織橋アリ此ノ橋下ニ於テ存スル空隙ハ中央ニ高圓柱細胞ヲ冠スル新生腺管ト之レヲ圍繞セル肉芽層又此ノ肉芽細胞間ニ多數ニ浸潤セル高圓柱細胞ガ二三或ハ四五相並ンデ或ハ相隔リテ肉芽細胞ト雜居セルヲ示セル病竈ノ一部軟化セルニ由リテ生ジタル者ニシテ底部ニハ同ク緻密ナル結締織及橫ニ走レル血管ノ擴張充實シ其管壁ノ肥厚セルヿ當該部粘膜下ハ即チ到ル處緻密ニシテ筋層上半モ亦頗ル間質ニ富メルヿ等ニ徵シ粘膜ヨリ粘膜筋ニ達スル(病的)缺損(—淺表潰瘍?)ノ未ダ充分瘢痕結成ニ至ラザル間ニ再生的腺管增生ハ肉芽組織內ニ進行シ終ニ粘膜下肉芽組織ニ於テモ新生腺管ヲ生ジタル者ナルヤ甚ダ明瞭ナリ即チ本例「ポリープ」ノ成立ハ如是上來ノ數例ト大ニ其趣ヲ異ニシ全ク後天性ニ淺表缺損ヲ基礎トシテ腺ノ再生及肉芽組織新生ヲ將來セルニ由來セル者ニシテ橋上部陷凹底以外其兩

、三角形空隙アリ(第六圖板第六圖b)又橋上ニハ黃染或ハ濃紫染セル部アリテ兩側ノ斜立筋層間ニ介在シ上方粘膜表面ヨリ一條ノ細狹ナル裂隙ノ該部ニ通ズルヲ示ス粘膜ハ到ル處規則正シキ線狀造構排列ヲ現シ就中兩側粘膜筋上端ヲ被ヘル左上邊隅角及右上邊隅角ノ極メテ銳利ナルヿ普通「ポリープ」ノ表面ニ於ケルト同ジカラズ「ポリープ」附近粘膜、粘膜筋ニ異常ナク粘膜下組織モ亦然カリ唯「ポリープ」ニ於テハ粘膜下組織頗ル緻密ニシテ濃赤染スレ𪜈普通「ポリープ」ニ見ル如キ太キ動靜脈管ノ上行ヲ示サズ筋層ハ通常ノ厚ヲ有ス

鏡下所見—彈力纖維着色標本ニ見ルトキハ粘膜筋部彈力纖維ガ上記「ポリープ」兩側斜立筋纖維束上部內側及尖端ニ於テ斷絕シ橋部及橋部上下ニ於テハ殆ンド之ヲ認メザルカ稀レニ其斷片ヲ濃赤染瘢痕性結締織(橋部)或ハ橋下三角形空隙下邊肉芽層ニ於テ發見スルヿ有ルノミ然カモ其右側筋束內ニ於ケルハ彈力纖維ノ皆一樣ニ內上方ニ向ツテ牽引セラレタルガ如キ方向ヲ取リテ走リ且ツ內上方ニ於テ斷絕シ、左側ノ筋束斷崖ノ橋部上左側ニ現ハレ一回下方ニ屈折セル左側筋束內ニ於ケル彈力纖維ハ左上方ニ向ツテ攣縮セルガ如ク何レモ紆廻纏綿シテ增殖結締織筋纖維ノ間ニ斷絕セリ又橋部上方ニ於テハ幾多腺管ノ高圓柱細胞ヲ冠スル

スル侵入組織團ノ最大ナル者(同上圖b)ハ上方粘膜筋ノ穿破セラレテ兩側ニ筋束ノ斷崖ヲ示メス狹域(同上圖a)ヲ通ジテ規則正キ線狀造構ヲ呈セザル同ク濃紫染セル破レ易スキ組織ニ移行ス而シテ當該部粘膜表面ハ隣接部ヨリハ著シク陷凹セリ自餘ノ侵入腫瘍モ必ラズヤ間接乃至直接ニ上記狹域上部竈ト吻合セル者ナルベシ右狹域右側ノ筋束ハ粘膜ニ向ツテ太トク短カキ突起トシテ終リ其右方ニ於テ更ニ尖銳ナル突起ヲ出ス此ノ兩突起ヲ被ヘル粘膜ハ頗ル厚徑ヲ增シ結節右半ヲ形成ス然レモ筋束分岐ニ伴フ腺管ノ線狀排列ハ尙整然タル者アリ又狹域左岸ノ筋束斷端ハ粘膜ニ向ハズ之レヲ被ヘル粘膜ノ厚サモ亦隨ツテ殆ンド普通ニ近ク忽チ附近粘膜ニ移行ス

鏡下所見—粘膜下ニ侵入セル腫瘍竈ノ中央ノ最大ナル者及之レガ右側ニ隣セル者ハ高圓柱細胞ヲ冠スル腺管ヨリ成ル腺腫性胞巢及ビ肉芽性間質ヨリ成レモ最大竈ノ左側ナル三個ハ唯肉芽組織ノ中央軟化ニ傾キタル內ニ少數ノ腺管ヲ示シ又靑染セルハ左側筋束斷崖ニ近カク侵入增殖擴張セル腺管內ニ粘液ノ分泌サレシ者ニ拘ハル而シテ該般腺管ノ增生ノ顯著ナルハ右側斷崖ニ近キ筋束內及其粘膜下ニシテ右側ノ太ク短キ筋束上方ナル筋束分岐內亦腺腫性增生著明ナリ當

岸粘膜ニ於テハ唯多少潴溜嚢胞等ノ存在。高圓柱上皮性腺ノ諸所ニ於テ少シク延長分岐ヲ示ス者アルノミ

本例ハ即チ粘膜下ニ肉芽組織ヲ以テ圍マレタル肉芽ヲ間質トスル腺組織ヲ示シ又其ノ腺管ノ發育ガ肉芽ノ爲メニ阻止セラレタルノ點ニ於テ第四例ニ一致シ且ツ淺表缺損表面被蓋ノ再生的增生ヲ遺憾無ク發揮セル者トス

第八例　幽門部相對性、腺腫性「ポリープ」(貯藏標本)—第五圖

板第六圖、第六圖板第七圖—

幽門ヲ去ル二仙迷許ノ所ニ於テ小灣ヲ挾ンデ前後兩壁ニ然カモ前壁ニ栗實大後壁ニ棗實大ニシテ共ニ表面畧ボ平滑多少ノ凸凹ヲ呈スル結節アリ數小隆起乃至結節ニヨリ相連結セラル今其前壁ノ結節中央ヨリ胃縱徑ニ直角ヲナセル橫斷切片標本ヲ製ス(他臟器ニ轉移等ヲ認メザリシ者又當該部胃壁漿膜ニハ未ダ故障無カリシナリ)

肉眼所見—筋層ニ異狀ナシ腫瘍部基底粘膜下組織ハ概シテ緻密ナレ𪜈殊ニ其處ニ侵入シ來タレル腫瘍組織ノ濃紫染セル大小圓形ノ竈(其數都合五個外ニ尙靑染セル小透明竈アリ)ヲ界スル部ハ濃紫赤染セリ(第六圖板第七圖d)此ノ中央ニ位

今上記七例ノ腺腫性「ポリープ」ニ就テ見タル所ヲ總括スレバ

第一、單純ナル腺腫性「ポリープ」ニ於テモ赤染セル高圓柱細胞ヲ冠スル腺管ノ深層粘膜筋乃至其粘膜内分枝束索ニ向ツテ延長分岐スルノ狀ヲ明ニ認メ得ラルヽコト「ポリープ」粘膜ノ他ヨリ厚キハ之ガ爲ナルコト是レ乍然「ポリープ」性腺腫ニ於ケル現象トシテ乳嘴性「ポリープ」ニ於ケル乳嘴ノ向上ニ伴フ腺ノ受働的增生態度ト異ナルコト(第二例第六例)

第二、粘膜内ニテノ腺腫性腺管新生ハ終ニ粘膜筋ノ縱維間隙恐ク淋巴濾胞所在部(?)ヲ穿破シテ粘膜下ニ達スルモ茲ニ新生機能ハ周圍ニ反應性炎ヲ惹起シ其結果トシテ一旦阻止セラルヽヲ見ル(第四、第七、第八例)

第三、然レモ上部粘膜筋纖維間ヲ介シテ周圍ニ新生腺管ノ漸次蔓延スルノ像ヲ目擊スルコトアリ(第八例)

第四、腺腫性「ポリープ」新生ノ端緒ガ後天性ニ淺表缺損ニ由リテ開カルヽ場合アリ(第七例)此際ハ腺細胞及粘膜上皮ハ缺損部表面ヲ被蓋スルノ意味ニ於テ增生スルノ狀ヲ認ムルヲ得ベシ(第七例、第八例)

第五、已ニ粘膜ニ於テ膠樣腺腫性癌ノ像ヲ呈スル腺腫性「ポリープ」ニ在リテハ其

該部表層粘膜ニ於テハ乍然生理的腺ノ造構排列ヲ存ス。結節ノ左右側粘膜ハ例ノ側方增生トシテ腺管ノ深部粘膜筋上層ニ於テ延長分岐紆廻ヲ示ス最大侵入竈上方腫瘍竈ハ最大侵入腫瘍ト同性狀ニシテ唯軟化頽敗强ク夥多ノ「ルツセル」氏小體及硝子樣赤染細胞(第七圖板第三圖HZ)ヲ混ズルヲ見ル又狹域(同上圖E)ノ兩岸粘膜粘膜筋ノ斷崖ヲ高圓柱細胞(同上圖C)及同細胞性腺管ガ斷崖ニ鉛直ノ位置ヲ取リツヽ被蓋シ(同上圖DE)以テ侵入腫瘍內側壁ニ移行スルノ狀頗ル明瞭ナリ(第七圖板第三圖)侵入腫瘍乃至肉芽竈底部肉芽組織ノ性狀ハ第四及第七例ニ於ケル者ニ一致シ玆ニモ亦脂肪顆粒細胞ノ多數ヲ存ス其他侵入竈ト竈トノ間ニ上行性肥厚血管ヲ見レ𪜈是レハ上來列記ノ「ポリープ」ノ夫レト大ニ異ナル者アリ即チ腫瘍侵入ノ爲メ橫走血管ハ縱走ノ位置ニ變ジタル者ノミ

本例ノ腺腫ハ相對性ニ幽門小灣部ニ存シ又粘膜筋ノ缺損著明ナル點ノ第七例ニ似テ且ツ强度ナル等ニ徵シテ恐ラク相對性淺表潰瘍部ニ發生セル者ナルヤ疑ナカルベシ而シテ本例ニ於テ尙吾人ノ注意ヲ價スルハ粘膜下肉芽層ニ於テ腺腫發育ノ進行杜絕セラレタルニ反シ粘膜筋內ニ於テ新生腺管ノ浸潤今ヤ盛ニ行ハレツヽアルニ在リトス

今上記七例ノ腺腫性「ポリープ」ニ就テ見タル所ヲ總括スンバ

中村某、男、七十五歳(明治四十一年一月二十三日午後一時解剖)

(臨床的診斷)脊髓空洞症

(解剖的診斷)右側乾性癒着性胸膜炎、右側纖維素性肺炎、氣管支加答兒、左心單純肥大、慢性間質性腎炎、動脈硬變、肝周圍炎、肉豆蔻肝、胃多發性腺腫、膀胱絨毛癌(乳嘴腫)、腹水、趾特發性壞疽

胃ハ小ナル方ナリ善ク收縮シ幽門部ハ一般ニ「エタアー、マムロンネ」ノ狀態ナルガ幽門直上部前壁ニシテ小灣線ニ沿ヘ大豆大ノ赤色疣狀ノ「ポリープ」アリ腺腫性ナリ他ニ已ニ癌腫ヲ生ジ居ル故其轉移ナルヤモ知レズ之ニ對スル後壁ニ略ボ同大ノ淺表物質缺損アリ同ジ位ノ大サノ淺表缺損前壁小灣線ニ近カキ幽門部ト胃體部トノ境ニアリ小灣ノ幽門ト噴門トノ中間部ニ前ト同大ノ赤色「ポリープ」アリ次ニ胃體部ト胃底トノ移行部ニシテ大小灣間ニ表面多數ノ凸凹ヲ示シ即チ多數小結節ノ小豆大ヨリ豌豆大位ノ者ヨリ成ル最長縱徑約四仙迷最長橫徑約貳仙迷ノ扁平ナル腫瘍性隆起アリ表面ハ粘滑ニシテ腺腫狀ナリ缺損ヲ示サズ其他噴門部漿膜下ニ小豆大硬固ナル結節アリ

(イ)幽門直上部「ポリープ」及其對側淺表缺損ラシク見ヘタル部切片—(第八圖板1)

粘膜下ニ侵入セル後周圍ニ於テ前記第四第七第八例ニ於テ見タル如キ肉芽組織ノ新生ヲ來タサズ(第三例、第五例)然レモ當初ノ發育ハ尙擴大性壓排性ナリ

(第三) 胃癌ニ於ケル原發々生局所

既ニ轉移ヲ有スル胃癌ニ就テスラ尙且ツ其ノ原發々生部位及其原發生狀態ヲ證明シ得ベキヿハ本業報第一年第一册ニ於ケル余ト杉原氏ト同著ノ癌腫ノ組織發生ニ關スル第一報告ニ於テ詳述セル所ナルガ次ニ記スル一例ハ然カモ胃膠樣癌ノ最初期狀態ニ在ル者トシテ生前ニ於テハ未ダ少シモ胃癌症狀無ク解剖上亦極メテ限局性ニシテ鏡下ニ於テモ擴大性壓排性發育ヲ示セル者ナルニモ拘ラズ既ニ癌腫性化生(Carcinomatöse Metaplasie)或ハ異生(Heteroplasie)ヲ呈シタル者ナルガ唯其ノ中央原發々生部位ハ尙依然トシテ存シ恰モ「ポリープ」ノ第四、第七、第八例ニ於ケル粘膜下腺管進入部ニ於ケルト同樣ナル肉芽組織ノ新生腺管ヲ圍繞シ且ツ瘢痕狀粘膜筋層ノ特ニ厚キ束索トシテ分斷セラルヽノ狀最明瞭ニシテ當該部淺表缺損ニ發生ノ端緒ヲ開ケルヿヲ想察スルニ難カラザル者アリ

第九例　胃後壁體部初期膠樣癌―第八圖板第壹圖、第九圖板

第壹―第參圖―

脫落上皮ノ多數ヲ混ジタル粘稠ナル粘液ヲ以テ蓋ハレタル、粘膜深層及粘膜筋ニ圓形細胞ノ浸潤アル。又粘膜深層ニ於テハ腺管ノ多少分岐延長ヲ示スヿ等ヲ主ナル所見トス「ポリープ」ハ即チ單純腺腫性ナリ轉移ニ非ラズ

（ロ）小灣ニ近キ前壁ニシテ幽門部ト胃體部トノ界位ノ邊ニ位セル小缺損部（同上圖ノ2）

肉眼的ー前壁ニ於ヲ約三密迷ノ廣サヲ有スル部ノ小ー大灣側ニ比シ少ク陷凹セルヲ見ルモ粘膜ハ他ト同ク紫染シ線狀像ヲ呈ス該部ヨリ大灣側ヘ半仙迷ノ所ニ小灣側ヘハ小灣ヲ超ヘ約一仙迷ニシテ存スル皺襞縱斷迄ハ普通ノ鬆疎ナル粘膜下ヲ示サズ直チニ赤染筋層ヲ見ル

顯微鏡下ー前壁小陷凹部及後壁皺襞ノ小灣側ニ適スル粘膜下ニ於テ瘢痕組織アリ其小陷凹部ニ於ケル瘢痕内ニハ一二腺管ノ封入セラレタルモノアレモ增生狀態ニアラズ粘膜ハ陷凹部ヲ始メ小灣ニ在リテハ概シテ低ク腺及間質共ニ萎縮ノ狀ニシテ幽門腺ノ往々潴溜囊胞ヲ呈スルアリ之レニ反シテ陷凹部及皺襞ヨリ大灣側ニ於ケルハ幽門腺ノミノ特ニ圍繞シ多少增殖セリト思ヘル所ト高圓柱赤染細胞柱細胞ヲ冠スル細長腺管ノ延長分岐紆廻セル所ト又後者ノ潴溜囊胞トシ

肉眼的ニ先ヅ目立ツハ前壁ニ球狀ナル全徑半仙迷大ノ「ポリープ」、後壁ニ疣狀廣基底ノ高サ約半仙迷巾サ六密迷位ノ（是レハ其小灣側上部ニ尙粘膜ノ斜斷セラレタルモノ接續スルニ由リテ皺襞ノ全體ニ肥大セル者カ）存シ是レヨリ兩壁大灣側ニ於テ粘膜ノ濃紫染シ粘膜下通常ニ近ク鬆疎ニシテ筋層モ亦厚キニ對シ是レヨリ兩壁小灣側ニ在リテ殆ンド粘膜下層ヲ存セズ前壁ニ在リテハ「ポリープ」ヲ界トシテ小灣側粘膜ハ概シテ透明ノ斑點ニ富ミ表層ノ少ク紫染スルノミナレモ後壁疣ノ小灣側七八密迷許ノ間ハ粘膜濃紫染シ玆ニ小物質缺損ト思ハレシ小陷凹部アリ是レヨリ小灣側ハ透明ノ斑點ニ富ムヿ前壁ノ如シ此ノ陷凹下筋層ハ特ニ緻密ニシテ他部ノ如キ筋間結締織部ニ生ジタル裂隙ヲ示サズ此ノ部ヨリ前壁「ポリープ」近ク迄ノ筋層ハ概シテ薄弱ナリ以外ノ部ノ半徑ニ達セズ

顯微鏡下ー上記緻密筋層ハ纖維束ノ走行不定ニシテ瘢痕狀ヲ呈シソハ直チニ粘膜ニ移行シ纖維束間幽門腺即チ透明短圓柱細胞ヲ冠スル腺團ノ增殖ヲ示ス此ノ部ト前壁「ポリープ」間ノ粘膜ガ透明斑ニ富メルハ是レガ爲ナリ兩壁「ポリープ」及疣ノ基底粘膜筋ノ增生、內ニ肥厚セル壁ヲ有スル太キ動靜脈枝ノ上行、之レヲ被ヘル粘膜ハ頂部ニ於テ低クキ、兩壁共其レヨリ大灣側粘膜ニ潴溜囊胞多キ、粘膜上面

肉眼的(二)肉眼的表面ノ結節狀凸凹玆ニ於テハ著カラズ全腫瘍部ハ一般ニ花壇狀ニ隆起シ兩側ニ於テ漸次低下ス腫瘍ノ巾サ(即チ幽門—噴門ノ縱徑)約二仙迷高サ四、五密迷ニシテ基底ハ赤染緻密、一密迷位ナル粘膜下層ヲ隔テ、筋層ニ對シ濃紫染セル腫瘍ト周圍粘膜下組織トノ界ハ劃然タレ𪜈粘膜面ニ對シテハ唯特ニ濃紫染セル粘膜筋層ノ尙存スルニ由リテ略ボ其ノ區域ヲ知ルヲ得レ𪜈諸所粘膜筋層ノ斷絕セル所アリ當該部及粘膜層ハ腫瘍頂上部平原ニ於テ概シテ膠樣透明ニシテ低下側斜面ニ於テ尙線狀像ヲ認ムベシ濃紫染腫瘍內ニハ多數ノ赤染間質ノ太キ束索アリ腫瘍底ノ一側ニ太キ動脈枝壁ノ一側硬變性ニ肥厚シ管腔ノ半月形ヲナス者アリ

顯微鏡下—腫瘍基底邊緣ニ於ケルハ小多角形細胞ガ「クロマチン」ニ富メル核ヲ有シ「プロトプラスマ」ニ乏シク數個一團トナリテ纖維間ニ浸潤シ著ルシキ管腔ヲ示サズ概シテ浸潤性發育ノ今ヤ盛ニ行ハレツヽアルヲ見レ𪜈所謂壓排擴大性發育ノ範圍內ニシテ未ダ戰線ヲ離レテ附近粘膜下中ニ拔ケ驅ケ的ニ浸潤セル腫瘍細胞群ヲ發見セズ隨ツテ當該部粘膜下及筋層ニ異常ナシ腫瘍內赤染間質ノ太キハ何レモ粘膜筋ノ腫瘍增殖ノ爲メニ分裂離間セラレタル爲メニ生ジタル者ニシ

テ青染透明ノ粘液ヲ入ル、者ト交互錯綜セルヲ示ス

（ハ）殆ンド小灣正中線ニシテ幽門ト噴門トノ中間ニ位セル「ポリープ」（高サ約六―七密迷、幅三四密迷）―（同上圖ノ3）―

肉眼的―（ロ）ノ切片ヨリ少シク噴門側ニ位セル一方ニ傾ケル三角形基底粘膜下組織ヲ被ヘル他部ヨリ著ルシク厚キ粘膜層アリ濃紫染シ線狀像ヲ呈ス粘膜下組織ハ其大灣側ニ於テ鬆疎ニシテ二三太キ血管斷面ヲ示セヒ小灣側及基底ノ大部ハ赤染緻密ナリ

顯微鏡下―一見シテ「ポリープ」三角ノ小灣邊ノ尖頂ニ達セントスル部ニ於テ粘膜筋ガ斷續不定ニシテ細胞ニ富メル幼瘢痕ニヨリテ補綴セラレ之レヲ被ヘル粘膜ハ甚ダ低ク又潴溜囊胞ヲ示シ又尖端ヨリ大灣邊上部ノ厚キ粘膜層ハ腺管間質ノ增厚ト深層ニ於ケル粘膜筋纖維束ノ錯綜縱橫トニテ本來ノ胃腺ハ皆壓迫セラレ遺殘腺上皮ニヨリテ僅カニ其痕跡ヲ止ムルヲ認ム即チ本「ポリープ」ハ小灣邊上部淺表缺損ヲ基礎トシテ生ジタル隆起ニ外ナラズ

（ニ）（ホ）（ヘ）―腫瘍切片ニシテ（ニ）ハ小灣側（ヘ）ハ大灣側ニ適シ（ホ）ハ其中間ニ位スル何レモ胃ノ縱軸ニ平行セル縱斷ナリ―（同上圖ノ4、5、6）―

（同上圖b）ガ腫瘍胞巢壁ヲ作リ胞巢内容ハ淡染緻密（同上圖a）ニ於レト邊緣トノ間ニ位スル部ハ概シテ透明殆ンド染色セザル實質ヲ入レタル大小胞巢ト胞巢壁ヨリ成ル（同上圖c）

顯微鏡下―腫瘍大體ノ性狀ハ上記（二）切片ニ於ケルト同樣ナレ𪜈唯本切片ニ在リテハ膠樣變性ガ徒ニ粘膜部（第九圖板第三圖Gm）ノミナラズ尙粘膜下部ニ於テモ已ニ始マリ居ルノ差アルノミ而シテ此ノ中央切片ニ於テ特ニ記載スベキ最モ着眼スベキ所見ハ最厚部ニ於テ見タル太トキ赤染纖維束ガ既存粘膜筋ノミニ非ラズシテ大部分ハ粘膜筋層ニ新生セル瘢痕性結締織ナリ、此ノ太キ瘢痕性粘膜筋ノ分斷離間セラレタルモノヽ下部ニシテ筋膜上部ニ直達セル限局竈ガ大小數個ノ軟化腔ヲ示スモノアリ（同上圖GP）就中大軟化竈周圍ニハ上來數例（第四、第七、第八例）ニ於テモ見タル脂肪顆粒細胞ヲ有スル肉芽層アリテ（同上圖gn）之レヲ圍繞シ、軟化空洞内ハ勿論肉芽組織内ニハ多數ノ大小形狀種々ナル高圓柱赤染細胞ヲ冠スル腺管ノ腺腫像ヲ保存シ居ルニ在リトス、蓋シ當該部ハ腫瘍ノ最舊部即本例腫瘍原發發生局所トノ尙舊生理的腺管ノ性狀ヲ保チ且此ノ腺管ハ當該部ノミニ瘢痕ノ存在セルニ徵シ恐ク淺表缺損部アリテ粘膜ヨリ增生性腺管ノ粘膜筋斷絕部ヲ經

テ或ハ粘膜下方ヘ或ハ粘膜面ニ向ツテ壓排セラルヽノ狀歷然タリ到ル處略ボ邊緣ト同ク「スキルス」性浸潤ノ狀ナリ然ルニ粘膜部ニ於テハ粘膜筋層ヲ破リテ進入シ來リ增殖セル腫瘍細胞ハ主トシテ舊腺管內ニ於テ發育シ凡テ膠樣變性ニ陷リ更ニ遺存腺管ヲ壓迫萎縮ニ陷ラシム腫瘍兩側邊緣粘膜ニ側方增生ヲ認メズ勿論多少ノ潴溜囊胞及腺管ノ延長分岐ハ目擊セラル

特ニ注目ヲ價スルハ潰瘍上粘膜部中四邊皆膠樣癌ノ像ナル組織內ニ舊腺管ノ一團ガ冠乳嘴狀腺腫ノ像ヲ呈シツヽ存スル者(第九圖板第一圖AD)二三個處ニ發見セラレタルト腫瘍ノ一方ニ軟化空洞ノ小ナル者存セルトニ在リ

(ホ)―腫瘍中央縱斷(第九圖板第二圖)―腫瘍ノ廣延最モ大ニシテ約四仙迷ノ縱徑(幽門―噴門)ト一半最厚部ハ五―六密迷、一半ハ三―四密迷ノ厚サヲ示シ切片ノ最厚部半側邊線ハ明カニ健態粘膜粘膜下及筋層ニ界セラレ基底ニ於テハ筋層上部ニ侵入シ玆ニ於テモ濃紫染組織トシテ赤染セル筋層トノ區劃可ナリ著シ、他半側基底ハ尙廣キ粘膜下層ヲ存シ之ト斷然タル界ヲ示メシ邊線ハ切片外ニ在リ必ラズヤ亦區域明確ナルベシ凡ソ邊緣帶(同上圖d)乃至腫瘍ノ若キ所ト思ハル、部程濃紫染シ緻密ニシテ、最厚部內略ボ腫瘍中央ニ適スル部ニハ赤染間質ノ太キ束索

於テ記シタル胃癌ニ在リテ其ノ原發發生局所ト繼發性發育竈トノ別ヲ明カニ區別シ得タルガ如ク本例ニ在リテモ原發發生局處ガ肉芽層ニ圍繞セラレタル腺腫ノ像ヲ呈シ肉芽層内脂肪顆粒細胞ヲ存シ此ノ方面ニ於テ腫瘍ハ深部ニ向ツテ發育セズ上部ニ於テ四方ニ傳播セルコト又此ノ狀態ハ第四第七第八例ニ於ケル腺腫ガ今ヤ粘膜下ニ侵入シタル時ノ所見ト一致スルコニ在リトス

(ト)噴門部漿膜下小結節ハ筋纖維腫ナリキ

本例ハ故ニ「エタアー」、マムロンネ」「ポリープ」ニ初期膠樣癌ヲ併發セルト同時ニ胃筋腫及膀胱絨毛癌ヲ併發セル點ニ於テモ亦興味アリトス

結論

今回ノ材料トシテ余ガ用ヰタル上記慢性囊胞生形性胃加答兒ノ一例腺腫性「ポリープ」ノ七例及最初期膠樣癌ノ一例ノ研究成績ヲ綜合概括スレバ

第一、殆ンド純然タル胃ノ慢性加答兒性炎ノ結果トシテ稀レニ腫瘍新生ニ彷彿タル胃腺ノ冠乳嘴性腺腫樣增生ヲ將來スルコアリ(第一例)以テ炎性新生ト腫瘍新生トノ間ニ深溝ノ存セザルコヲ示スノ一材料ト爲スベシ

第二、先天性乃至後天性腺腫性「ポリープ」其ニ組織學上觀察ヨリシテハ之レヲ所

テ粘膜下ニ進入セル者ニ歸緣セズンバアラズ、之レニ續イテ膠樣變性部來リ、最モ新シキ發育層ハ單ニ「スキルス」性ニシテ未タ變性ヲ示サズ

(ハ)―腫瘍ノ大灣側切片―茲ニ於テハ腫瘍殆ンド全切片ニ亘リ基底ハ切片兩側ニ近キ部ニテ筋膜上部ニ及ビ概シテ透明胞巢狀ナレモ中間部ニ於テハ間質ニ富ミ著ク透明ナラズ又舊粘膜ノ遺存ヲ示ス

顯微鏡下―大體ニ於テ(ニ)切片ニ似テ唯其ノ膠樣變性ノ度到ル處强ク腫瘍細胞ノ小骰子形ナル者ヨリ諸種變形ノ千態萬狀ナル者ノ終ニ膠樣變性シ頽敗スル迄ノ像ノ無數ナルト一側邊緣ニ於ケル粘膜ニ多少ノ側方增生ヲ見ルトノ一事ヲ特記スベキ點トス

之レヲ要スルニ本腫瘍ハ未ダ著ルシク發育セル者ナラズ即チ最初期ノ者トシテ變性部ト雖モ未ダ壞死ニ陷リ消化セラレ隨ッテ潰瘍ヲ呈スルニ到ラザレド既ニ違型的發育(Heterotopie)即チ異所及異生(Heteroplasie)ヲ呈シツヽアル者ニシテ唯尙其良性ノ範圍內ニ在リト認ムベキハ周邊ノ發育ガ未ダ擴大壓排性タルヲ失ハザルニ在リトス

最モ興味アルハ余ガ本業績第一年第一冊(癌腫ノ組織發生ニ關スル知見增補)ニ

トノ別ヲ爲スコヲ得タリ(第九例)

稿ヲ終ルニ臨ミ余ハ教室ノ諸氏即チ杉原氏ガ第一例ノ、大槻氏ガ第二例乃至第八例ノ、尾畑氏ガ第九例ノ標本製作又杉原氏ガ第三圖板第一圖、第四圖板第一乃至第三圖、大槻氏ガ第五圖板第二乃至第五圖、須藤氏ガ第七圖板第一乃至第三圖、尾畑氏ガ第八圖板第一圖第九圖板第一及第三圖摸寫ノ勞ヲ取ラレタルニ對シ感謝ノ意ヲ表ス

○引用書目

1) Borst, Seine Geschwülstlehre;

2) Orth, Sein Lehrburch d. speciellen pathologischen Anatomie;

3) Ziegler, Sein Lehrbuch d. speciellen pathologischen Anatomie;

4) Kaufmann, Sein Lehrbuch d. pathologischen Anatomie;

5) Hauser, Ziegler's Beitraege Bd. 22;

6) Orth, Berlin. klin. Wochenschr. 1905;

7) O. Israel, Arch. f. klin. Chir. Bd. 67. 1902; Berlin. klin. Wochenschr. 1890;

8) Cohnheim, Seine Vorlesungen f. allgem. Pathologie;

謂眞性ノ腺腫ト分カツ可カラザルコト(第二―第八例)

第四、腺腫性「ポリープ」ニ於ケル腺ノ增生ハ(恐ク炎性刺戟ノ結果カ)主働的ニメ粘膜筋血管ノ向上ニ由ル(乳嘴腫ニ於ケル如キ)他働的ノ者ニ非ラズ(第二―第八例)

第五、腺腫性「ポリープ」ヨリ癌腫ヲ發生スルヤ已ニ粘膜内ニ於テ行ハルヽ者アリ(第三例第五例)然レ𪜈亦

第六、新生腺管ノ粘膜下ニ侵入シテ一時肉芽組織ノ包圍ニヨリテ發育ノ阻止セラルヽ場合(第四例、第七例)ト

第七、粘膜下ニ於テハ發育進行セザレド穿破部周圍粘膜筋纖維間ニ向ツテ浸潤發育ヲ示ス時期アリ(第八例)

第八、最初期膠樣癌ノ一例モ亦原發々生局所ニ於テ粘膜下ニ突入セル新生腺管團ト之レヲ圍繞セル肉芽層トヲ示シ然モ其ノ筋膜側ニ於テハ癌ノ浸潤無ク左右側(即チ四邊)及上方粘膜ノミニ於テ發育蔓延ノ像ヲ呈シタリ(第九例)

第九、已ニ粘膜内ニテ癌腫變性セル膠樣腺腫性癌ノ二例(第三例第五例)ニ在リテハ粘膜下侵入竈周圍ニ於テ肉芽組織ヲ生ゼザリキ

第十、最初期膠樣癌ニ於テハ明カニ原發々生局所及原發々生狀態ト周邊發育層

Fig. 1

第一圖



9) Virchow, seine krankh. Geschwülste;
10) Langerhans, Virch. Arch. Bd. 116;
11) v. Hansemann, Mikr. Diagn. bösartiger Geschwülste;
12) derselbe, Virch. Arch. Bd. 148.

○圖解

第參圖板第一圖—第一例胃全體ヲ粘膜面ヨリ寫眞セル者

第四圖板第一圖—第三圖同上ノ胃壁切片標本。ツアイス顯微鏡接眼、第一號接物、c號廓大○mmハ粘膜筋、KDハ擴張潴溜囊胞、KDPハ同上壁乳嘴狀ナル者、obハ粘膜面、IGmハ粘膜間質內滑平筋、gsハ膠樣粘液

第五圖板第一圖—第六圖ハ腺腫性「ポリープ」(第三例—第八例)ノ肉眼圖、就中第一圖及第六圖ハ略自然大、第二圖—第五圖ハ縮寫セル者

第六圖板第一圖—第七圖、第二例—第八例「ポリープ」切片標本肉眼圖摸型○mmハ粘膜、mmハ粘膜筋、smハ粘膜下、muscハ筋層、aハ第二圖甲ニ於テ腺腫胞巢、其他ニ於テ粘膜筋穿破部、bハ粘膜下腫瘍竈、cハ同上部ノ橋狀瘢痕、dハ肉芽層(赤色)

第七圖板第一圖—第三圖ハライツ顯微鏡接眼第一號接物、第三號廓大○第一圖ハ

Fig. 1

圖一第



XL

Fig. 2

第二圖

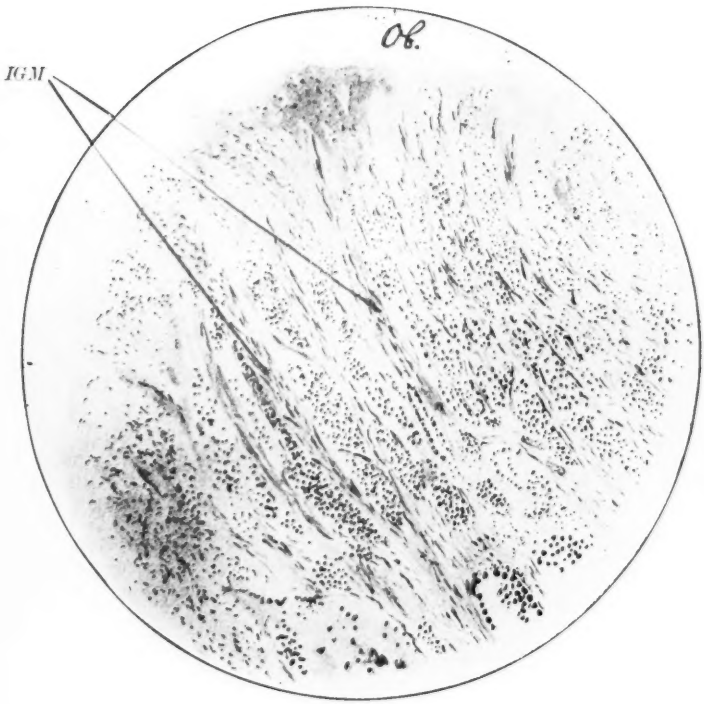


Fig. 3

第三圖

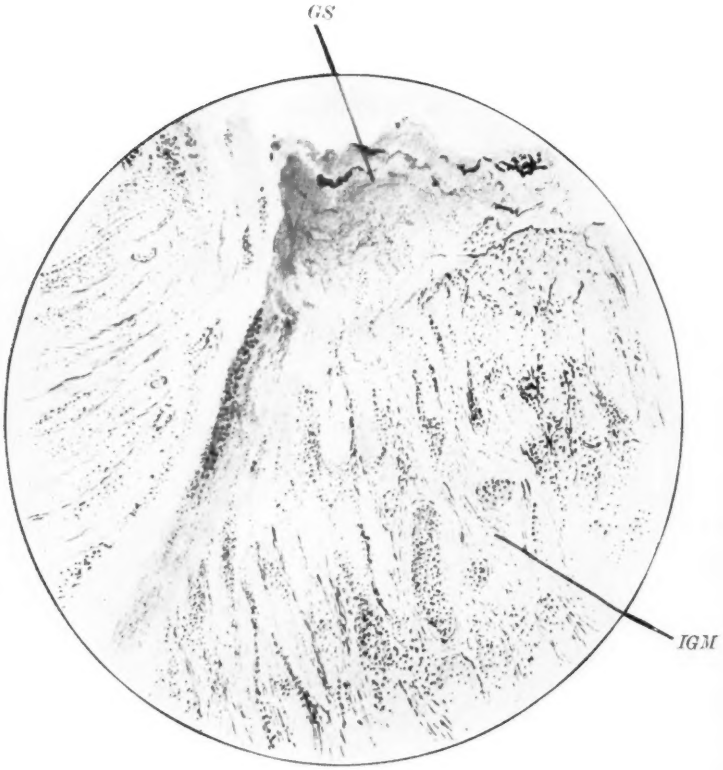


Fig. 1

第一圖

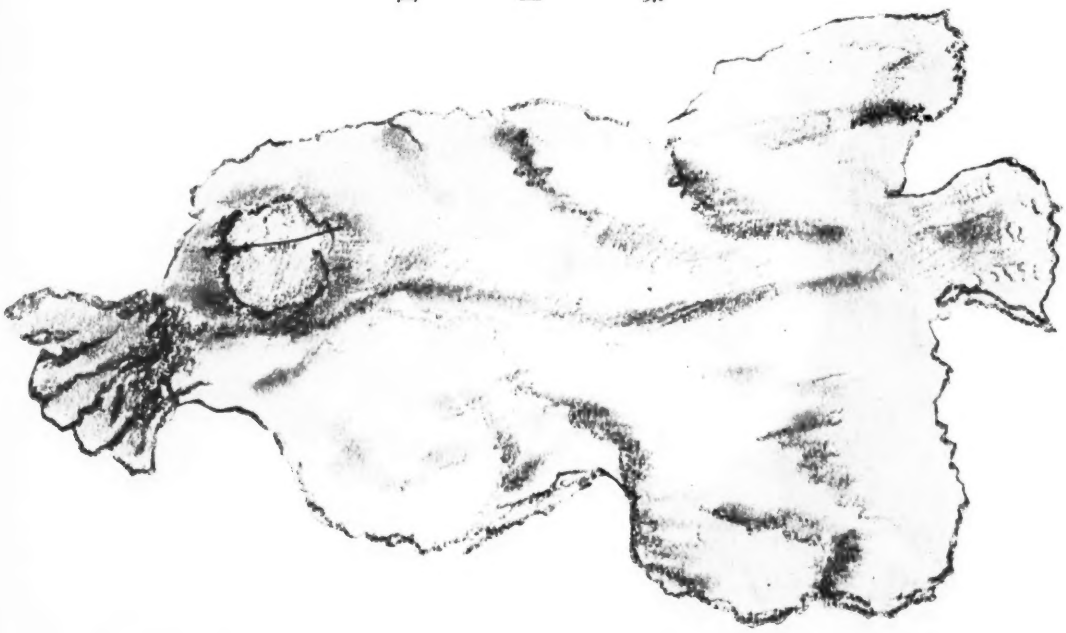
Faf. V

第五圖板



Fig. 2

第二圖

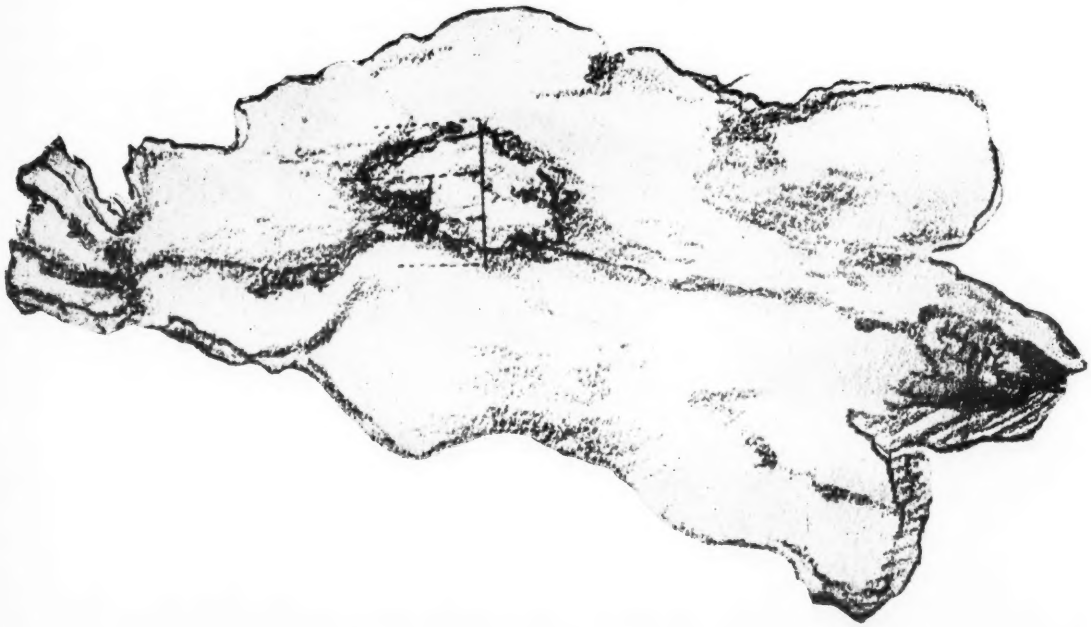


Taf. V

第五圖板

Fig. 3

第三圖



Taf. V

第五圖板

Fig. 4

第四圖

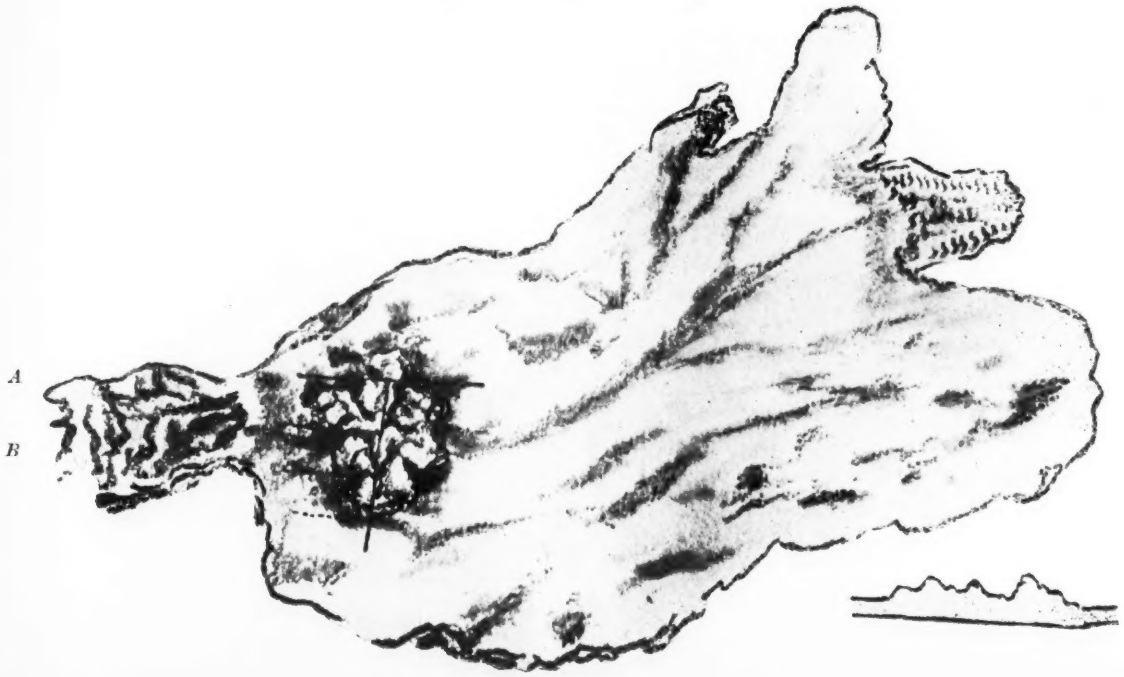


Fig. 5

第五圖

Taf. V

第五圖板



Fig. 6

第六圖

Taf. V

第五圖板



Fig. 4
圖四第

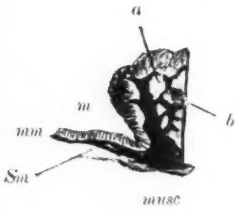


Fig. 1
圖一第



Fig. 5
圖五第



Fig. 2 a
甲圖二第

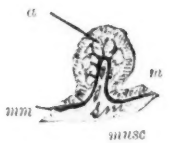


Fig. 6
圖六第

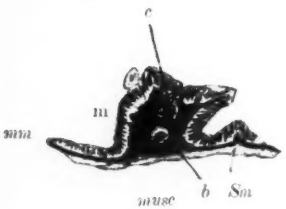


Fig. 2 b
乙圖二第

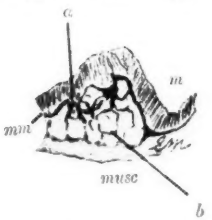


Fig. 7
圖七第

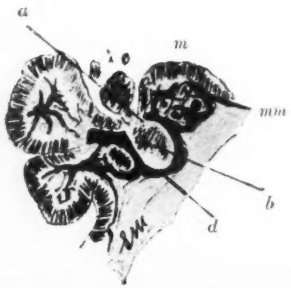
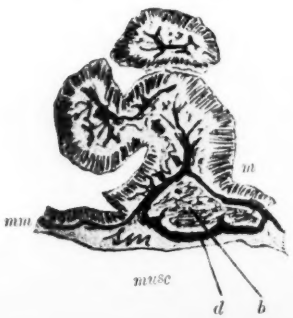


Fig. 3
圖三第



Taf. VII

第七圖板

Fig. 1

第一圖



Fig. 2

第二圖

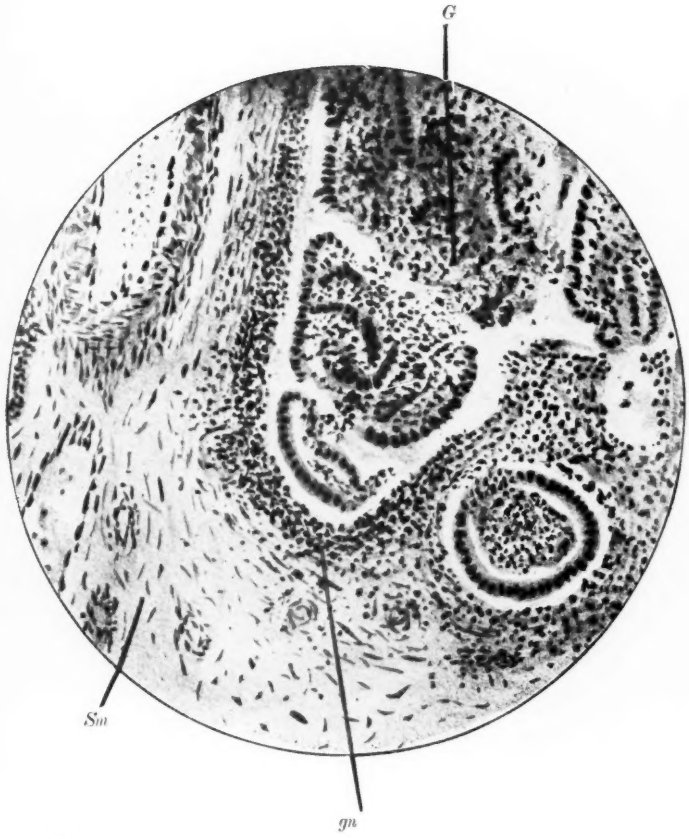
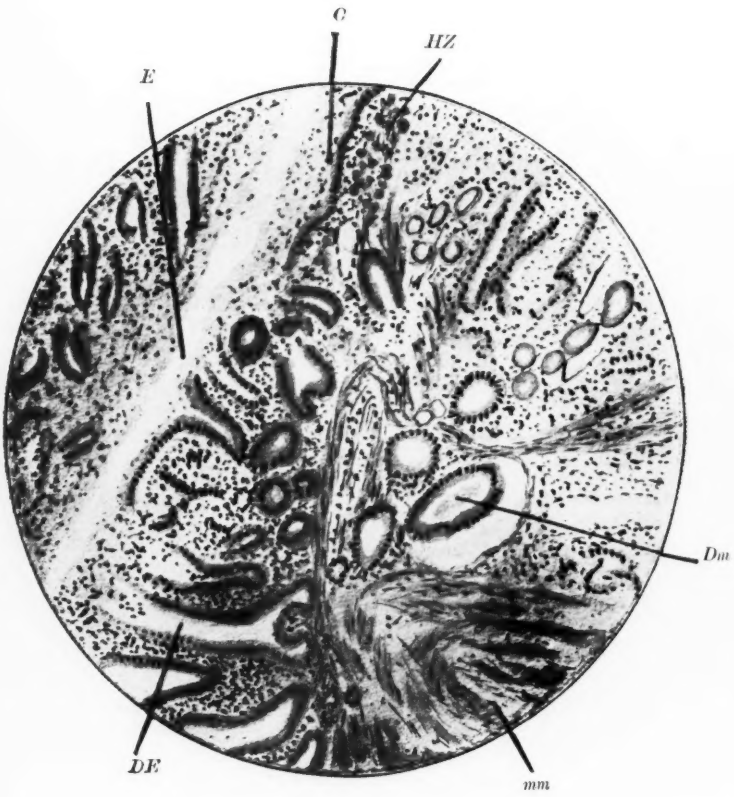


Fig. 3

第三圖

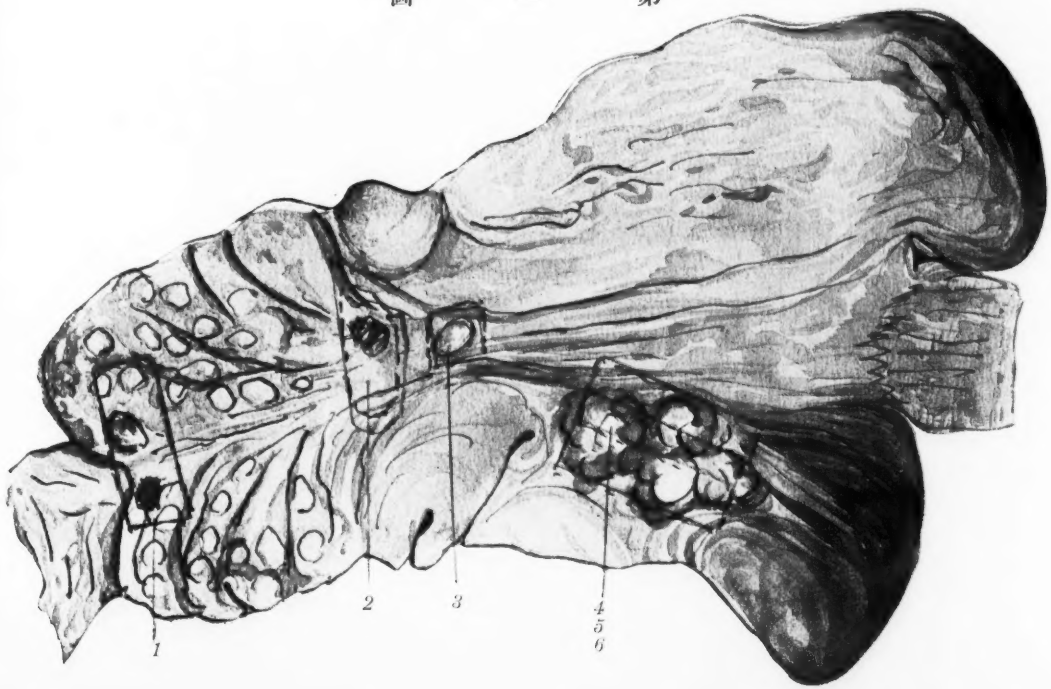


Tab. VIII

第八圖板

Fig. 1

圖一第



Taf. IX

第九圖板

Fig. 1

第一圖

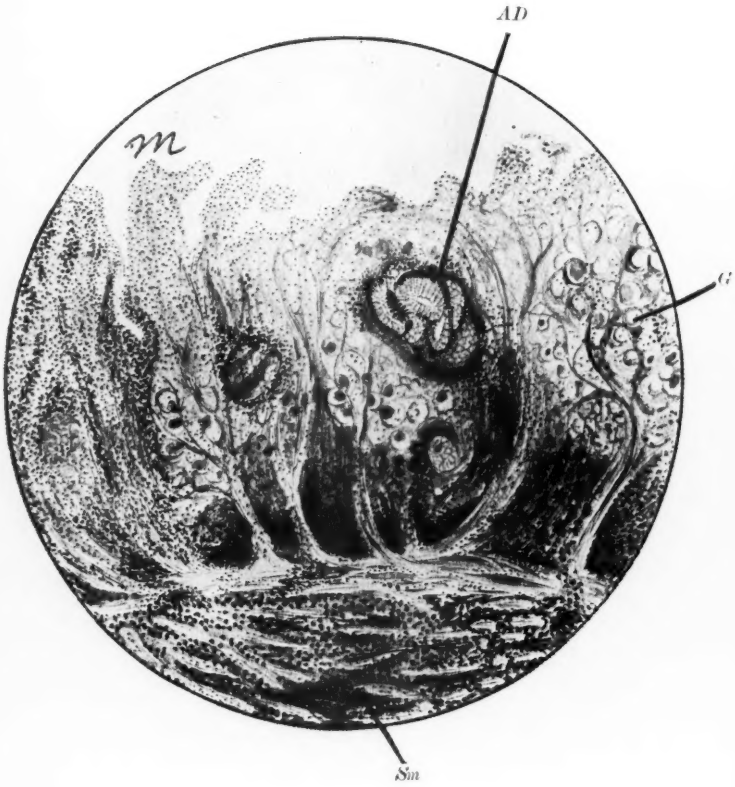
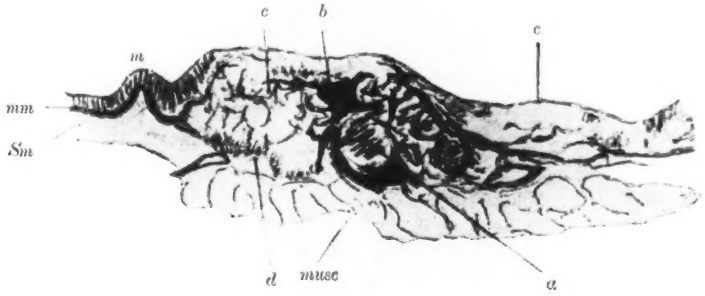


Fig. 2

圖二第

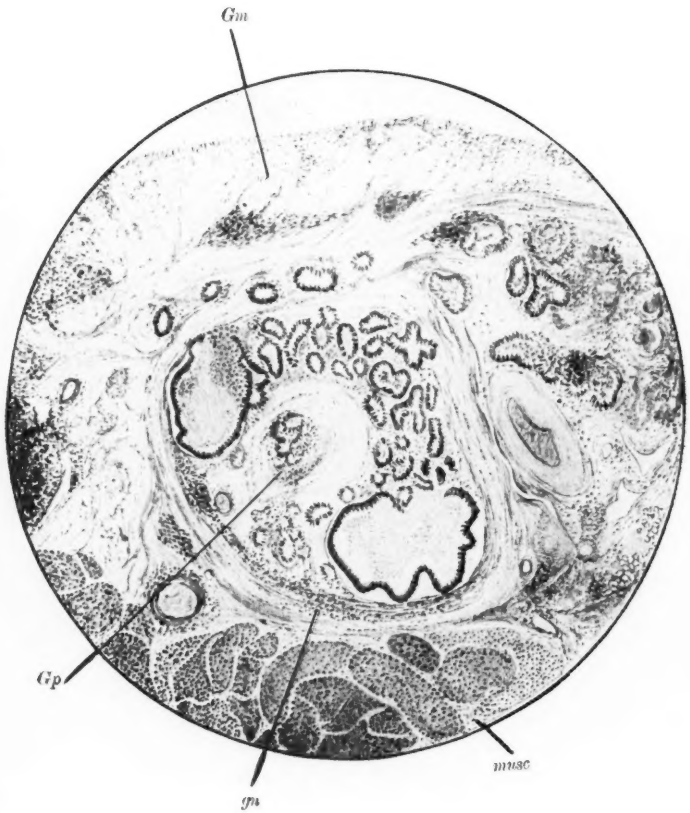


Taf. IX

第九圖板

Fig. 3

第三圖



第三例ノ切片標本、mmハ粘膜筋、Eハ同上穿破部、Gハ粘膜下膠樣癌胞巢○第二圖ハ第四例ノ切片標本、Smハ粘膜下、Gハ腫瘍竈、gnハ肉芽層○第三圖ハ第八例ノ切片標本、mmハ粘膜筋、Eハ同上穿破部、DEハ同上部新生腺、Cハ同上部側壁ヲ被ヘル圓柱細胞、Hzハ同上下粘膜間質內硝子樣細胞、Dmハ粘膜筋層內新生腺管第八圖板第一圖、第九例胃ノ全部ヲ粘膜面ヨリ見タル者、略ボ自然大、附セル數字ハ本文ニ說明アリ

第九圖板第一圖及ビ第三圖ハ第九例膠樣癌切片標本、○ライツ顯微鏡接眼、第一號接物第三號廓大○第二圖ハ同上切片標本ノ肉眼圖○第二圖ノmハ粘膜、mmハ粘膜筋、smハ粘膜下、muscハ筋層、aハ原發々生部位、bハ瘢痕組織、cハ膠樣部、dハ腫瘍邊緣層、赤色ハ肉芽層○第一圖及第三圖ノmuscハ節層、GPハ原發々生局所、gn同上ヲ圍メハル肉芽層、Gmハ粘膜內膠樣癌、ADハ舊腺管

實驗例、第壹

病歷

宮内某　三十歳　女、（明治四十年三月廿七日子宮全剔出）

既往症及ビ現症、

月華初發、十六歳秋、經過正順七日間ニシテ中量、月華最終四十年二月二十二日ニシテ十日間之レヲ見ル、結婚十七歳四月、分娩三回ニシテ初産十八歳冬、終産二十二歳夏、生兒二人健在、明治三十八年九月子宮右ニ鷄卵大球狀ノ腫物ヲ觸レ可ナリ移動ス周圍ト癒着セザルモノヽ如シ同月卵巢囊腫子宮内膜炎ノ診ヲ受ケ九月十二日内膜搔爬ヲ行フ爾後月華持長シ十日乃至二十日トナリ後二―三ケ月モ出血スルニ至リ月經不明トナリシガ四十年正月ヨリ月一回十日間ハ月經ヲ見ルモ惡臭性ノ帶下多量トナリ食機常ノ如ク便通三日ニ一行、四十年三月十三日再ビ東京産科婦人科病院ヲ訪ヒ當時下腹部ニ不正形硬キ「ザボン」大ノ腫瘍アリ其上絲ハ臍下三指半横徑ニ在リ且ク移動セズ腟部ノ後壁ニ過鴨卵大表面粗糙ニシテ硬ク且ツ觸診ニ由リ多量ニ出血スル腫瘍アリ頸部ハ直接ニ前記腫瘍ニ移行シ腫瘍ト宮體ヲ區別スルヲ得ズ直腸診ニヨリ右ノ靱帶ハ拇指大ニ浸潤セラレ腫瘍ヲ固定ス左側ハ侵サレサルモノヽ如シ、三月二十七日腹壁ヲ切開シ腫物ヲ檢セシニ大サ「ザボン」大其ノ右後方ハ骨盤内組織ト固ク癒着シ之レヲ剝離セシニ強キ出血アリキ四月十六日全治セリ

子宮ノ肉眼的所見

子宮ハ稍大ニシテ漿膜外面概シテ平滑、子宮腟部ハ甚シク浸潤肥厚シ外方ニ向ツテ飜出スルノ狀ヲ呈シ硬ク其外面ハ粗糙ナレ𪜈前後兩唇面ハ滑坦ナリ子宮外口部ハ小指頭大ノ腔洞ヲナシ内面

○子宮膣部癌ノ種類及ビ發生ニ就テ(Ueber die Art u. Genese des Carcinoms von Portio vaginalis uteri.)

東京病理學敎室ニ於テ
醫學士 尾畑政一

緒言

曩ニ山極博士及大槻氏ハ本業報第一年第二冊ニ於テ「子宮膣部癌ノ種類及ビ發生ニ就テ」テフ題ノ許ニ膣部癌ヲ有スル總計九例ノ子宮ニ就テノ調査報告ヲ掲ゲラレ膣部癌中扁平上皮細胞癌其大多數ヲ占ムルコヲ確メ或ハフアイトノ所謂「エロジオン」性腺頸部ノ圓柱上皮細胞ガ胞巢狀ヲ爲シテ增生スルノ像ヲ發見シ此ノ處見ニ據リテ夫ノクロームペツヘル氏ノ基底細胞癌ナルモノガ上皮基底ノ圓柱上皮細胞ヨリ發生ストノ說ノ必ズシモ不當ナラサルコヲ記述セラレタリ余亦山極博士指導ノ許ニ膣部癌ヲ有スル總計六例ノ子宮ニ就テ調査研究ヲナシ茲ニ報告スルコトセリ而シテ本材料ハ悉ク東京產科婦人科病院ニテ剔出セラレシヲ吾妻博士ノ好意ニヨリテ惠與セラレタルモノナリ謹ンデ謝意ヲ表ス

ヲ作リ染色ニハ主ニ「ヘマトキシリン、エオジン」複染法及ビワン、ギーソン氏染色法ヲ施セリ以下ノ數例モ亦皆同一方法ヲ施セリ

（甲）肉眼的及ビ「ルーペ」擴大ノ所見

「ヘマトキシリン、エオジン」複染標本ニ在リテハ一側ハ頸管粘膜層ニ一致シ他側ハ頸部外面ヲ示ス本標本一般ニ帶紫紅色ニ染ミ只頸管粘膜下部ノ燒灼セラレタル部ト膣部外面ノ層疊扁平上皮層ノミ極メテ濃紫色ヲ呈ス頸管粘膜上半部ハ其表面平垣ニシテ玆ニ多クノ腺管ヲ認ム頸管粘膜下半部ハ粘膜組織ヲ全ク缺キ表面大部分ハ燒灼ノ爲メ平坦清淨ナレモ子宮外口部ニテ層疊扁平上皮層ト頸管單層圓柱上皮トノ移行部ニ在リテハ其表面粗糙ニシテ極メテ赤ク美シク染マリタル組織ヲ有ス頸部深層組織密ニシテ所々多クノ血管ノ横斷面ヲ認ム膣部外面ヲ被フ層疊扁平上皮層ノ外面ハ總テ平坦ナリ

（乙）弱鏡下所見

頸管上半部ニ存スル粘膜層ヲ窺フニ腺管ハ或ハ横斷セラレ或ハ斜斷セラレタルアリ其内二三ノモノハ稍々迂廻分岐ノ狀ヲ呈ス腺管中最モ下方（即チ燒灼セラレタル部ニ隣レルモノ）ニ在ルモノヽ二個ハ著シク擴張シ且ツ分岐シ管腔内青染粘

暗褐色ニシテ不平ナリ之レ燒灼セラレタルモノナリ右卵巢ハ鷄卵大ノ囊胞ニ變シ僅カニ其一部ニ組織ヲ止ムルノミ左卵巢ハ普通大ニシテ割面ニ個ノ小豆大ノ假性黄體ヲ認ム同側ノ喇叭管ハ拇指頭大ノ囊胞ヲナシ喇叭管剪彩等其痕跡ヲモ止メズ

割面ニ於ケル肉眼的所見

子宮ハ其底部ヨリ膣部ニ亘リ左側ヨリ前後兩壁ノ間ニテ切リ開カル體壁ハ肥厚シ約二仙迷突牢ニ及ビ大小多クノ血管ノ截斷面ヲ認ム子宮粘膜面ハ平滑清淨ナリ子宮頸部ニ於ケル粘膜ノ上半部ハ其儘存シ稍々肥厚シ少シク黄色ヲ帶ブルモ下半部ハ燒灼セラレ該部組織大部分除去セラルヽモ其燒灼面ニ沿ヒテ質密ニシテ灰白色ノ腫瘍組織ノ存スルヲ認メ滋潤透明ナリ殊ニ外口部ニ接スル部分ニ於テ此ノ狀著明ナリ筋層著シク肥厚シ優ニ三仙迷突ヲ算ス其質硬シ筋層中白色ヲ帶ベル結締織强ク增殖シ頸管上半部ノ粘膜尙存スル部ニ適スル所ハ殆ンド結締織ノミニテ筋組織ヲ見ズ爾他ノ部ニ在リテハ結締織至ル所大小無數ノ索條網工ヲ形成シ爲メニ筋束ハ大小不規則ノ劃圖ヲナス

顯微鏡的檢査

余ハ該部肥厚セル頸管後壁ヲ縱經ニ切片ヲ截リ取リ法ノ如ク「ツエロイヂン」切片

染ミ其像甚ダ美ナリ腟部扁平上皮層ハ平坦ニメ濃染ス乳頭部深ク其中ニ突入ス

(丙) 中等大—強廓大ノ所見

頸管上半部ニ於ケル粘膜腺管ハ其擴張セルモノニアリテハ上皮細胞極メテ高キ圓柱形ヲ保チ濃染セル核ハ其底部ニ偏在シ基底膜ニ附麗シ著シク增殖シ所々腺腔ニ向ヒテ乳嘴狀ニ突出スルヲ認ム腔内青染セル粘液及ビ少許ノ剝離セル腺管上皮細胞等ヲ有ス其他ノ擴張セサル腺管ニ在リテハ別ニ異狀ヲ認メズ子宮外口部表面粗糙部直下ニ於ケル胞巢内ニ在ル腫瘍細胞ハ概子圓柱形ヲ保チ核ハ圓形又ハ卵圓形ニシテ極メテ濃染シ染色質ニ富ミ核小體亦之レヲ認ムルヲ得、上皮細胞ハ大小不同ノ差甚シカラズ胞巢内壁ハ圓柱細胞ヲ以テ整列附麗セラル、所極メテ少ナク多クハ不秩序無造作ニ置カレ然カモ圓柱細胞ノ外多角骰子形ニシテ圓形又ハ卵圓形ノ核ヲ有スル上皮細胞ノ其間ニ介在シ排列極メテ亂ル其胞巢中心部ニ近ツクニ隨ヒテ其不整列ト前記二者細胞型(圓柱ト骰子形ト)ノ混同著明トナル各胞巢癌珠ヲ有セズ胞巢間質ハ一般極メテ狹ク赤色ニ染ミ圓形細胞ノ浸潤アリ且ツ所々甚シク其集簇ヲモ示ス

上記胞巢部上方ニ隣レル部ノ胞巢ヲ窺フニ腫瘍細胞ノ性狀全ク前者ノソレト同

液ト細胞様ノモノヲ有ス其他本標本ノ最モ上方ニ位スル一二腺管モ亦中等度ニ擴張シ如上ノ如キ內容物ヲ有ス燒灼セラレタル頸管粘膜下半部ヲ鏡檢スルニ表面一般ニ赤染セル壞死組織ヲ以テ被蓋セラレ上記粗糙ノ所ニ在ヲテハ該組織厚ク之レヲ被ヒ且ツ其他ノ頽敗組織ノ其ノ表面ヲ蔽フヲ認ム凡テ甚ダ亂雜ナリ該組織直下ニハ濃紫色ヲ呈スル腫瘍細胞ヲ以テ充實セラルヽ多クノ胞巢アリ各胞巢ハ大小不同ナレモ多クハ樹枝狀ヲナシテ分岐シ其狀恰モ腺管ノ迂廻分岐セルガ如キ像ヲ呈ス其他分岐セザル卵圓形又ハ細長ノ胞巢アレモ何レモ皆相近接シ間質極メテ狹クシテ赤色ニ染マレリ各胞巢何レモ腔ヲ有セズ該部ヨリ僅カニ上方ニ離レテ小且ツ不規則ナル胞巢ヲ認ムレモ其數ヤ少ナク且ツ分岐ノ狀ナク各胞巢間質極メテ廣シ胞巢中多クハ破裂狀罅隙アリ前者胞巢ノアル塲所ノ深層ニ在リテハ胞巢散在シ各胞巢何レモ小ニシテ腔ヲ有セズ其他ノ塲所ニ在リテハ腫瘍細胞ヲ認メズ子宮外口部胞巢集團部ト之レヨリ上方ニ位スルソレトノ間ハ粘液樣變性ヲ示ス膣部深層ハ質密ニシテ筋纖維束間質結締織大ニ增殖シ筋纖維束ハ削萎シ殊ニ頸管上半部粘膜ノ尙存スル部ノ深層ニ在リテハ結締織大ニ增殖シワン、ギーソン氏染色ヲ施シタル標本ニ在リテハ筋纖維ハ黃色ニ結締織ハ赤色ニ

之レヲ腺腫性癌腫ト考フルヿ能ハス飜ヘテ之レヲ扁平上皮細胞癌トセンカ標本中何レノ胞巣ニテモ扁平上皮細胞ヲ認メズ癌珠亦存セズ故ニ之レヲ扁平上皮細胞癌ト考フルノ理由ナシ然リ而シテ吾人之レヲ腺細胞癌トナス可キ像モ認メサルナリ即チ胞巣内圓柱細胞型ヲ存スル者多ク然カモ腺腔ハ缺如ス、抑モ腔部癌ノ内ニテ一方圓柱細胞癌ノ如ク一方又扁平上皮細胞癌ノ如キ一種ノモノアリ腔部層疊扁平上皮層ト頸管圓柱細胞トノ移行部ニ存スル「エロジオン」性腺頸部圓柱上皮細胞ニ發生ストハ山極—大槻兩氏ノ記載セル所ナリ即チ本例ニテモ各胞巣排泄管ノ如キモノヲ見ズト雖モ其細胞ノ性狀ヲ考ヘ及ビ其位置恰モ「エロジオン」性腺ノ存スル所ニ相當スルヲ以テ見レバフアイト氏ノ所謂「エロジオン」性腺ノ頸部圓柱上皮細胞ヨリ生セシモノナランカ深部ニ散在セル小胞巣ハ轉移ニシテ頸管上部ノ管腺上皮增殖及ビ管腔ノ擴張ハ癌性病竈附近ニ於ケル反應ニ歸因ス可キナリ「エロジオン」性腺ノ發生ニ就キテハ說未ダ定ラズ「癌」第一年第二冊ニ於テ山極博士大槻氏詳細述ベラレシヲ以テ茲ニ之レヲ反復スルノ要ナシ

第二例

病歷

シキヲ知ル只茲ニ在リテ上皮細胞ト胞巢内壁トノ間又ハ上皮細胞相互ノ間ニ多クノ間隙ヲ存シ其他間質極メテ廣ク且ツ圓形細胞ノ浸潤強シ尚前者ノ深層ニ散在セル小サキ胞巢ニ在リテハ淋巴隙ニ介在セル上皮細胞ハ多角骰子形ニシテ核膨大シ淡染シ元形質淡赤色ニ染マレリ筋纖維束間結締織ハ非常ニ增殖シ圓形細胞ノ浸潤及ビ集簇多ク血管周圍殊ニ著シ子宮外口部ハ殊ニ圓形細胞集簇大ニシテ膣部層疊扁平上皮細胞層直下ノ組織ニモ亦此ノ浸潤盛ナリ膣部ハ血管ニ富ム

摘要

本例ハ子宮外口部ニ發生シタル癌腫ニシテ胞巢多クハ迂廻分岐ノ狀ヲ呈シ之レヲ構成セル上皮細胞ハ深層ニ於ケル胞巢ヲ除キ概ネ圓柱狀ニシテ多角骰子形細胞ヲ混合ス胞巢内壁ニ於ケル上皮細胞ノ排列不整ナリ間質狹ク圓形細胞浸潤強シ

偖本例ハ其初期狀態ヲ知ルヿ能ハズト雖モ其鏡下ノ像ヨリ察スルニ其胞巢内壁上ニ圓柱細胞整列附着セルノ狀ナク頸管上部ニ殘レル腺管ヲ見テモ只二三腺管擴張シ圓柱細胞增殖セルト云フニ止マリ特ニ腺腫性變性ヲ呈セス又胞巢内細胞ハ圓柱—骰子形ノ間ニ在リ或ハ兩者ヲ混合シ腺腔ヲ存セス是レニ由リテ吾人ハ

子宮ハ同シク底部ヨリ膣部ニカケテ左側ヨリ前後ノ兩壁ニ切リ開カル體壁ハ約一七仙迷突ヲ有シ異狀ヲ認メス子宮粘膜面ハ滑澤ニシテ清淨ナリ

子宮頸部ニ於ケル粘膜ハ所々顆粒狀ヲナシ其割面ニ就テ見ルニ灰白色ニシテ稍々帶黃色ナル脆瘍組織ノ浸潤甚シク爲メニ筋層大ニ侵サレ其纖維ノ一部ハ却テ萎縮ノ狀態ヲ呈スルモ亦所ニヨリテハ結締織ノ著シク增殖スルノ狀ヲ認ム

顯微鏡的檢査

余ハ右側ニ於テ頸管ノ全長ニ亘リテ切片ヲ截リ取リ標本ヲ作リ且ツ三個ノ假性黃體ノ如キモノヲ有スル右卵巢ヨリモ切片ヲ取リ標本ヲ作レリ

（甲）肉眼的及ビ「ルーペ」廓大ノ所見

「ヘマトキシリン、エオジン」複染標本ニ就テ之レヲ檢スルニ其一側ハ子宮膣部ノ外面及ビ頸部深層ニシテ他側ハ即チ頸管粘膜層ニ相當ス頸部深層ハ淡紫赤色ニ染ミ組織甚ダ鬆粗ニシテ到ル所裂狀罅隙ヲ有シ殊ニ其粘膜層ニ近キ部分ニ於テ然リトス就中子宮膣部ニ反セル側ニ於テハ微細ノ波狀ヲナシ甚ダ美ナリ所々擴張セル血管ノ斷面ヲ示ス膣部ヲ被蓋セル層疊扁平上皮細胞ハ稍々濃紫色ニ染ミ平坦ニシテ別ニ異狀ヲ認メズ粘膜層ニ適スル部ハ總テ濃紫色ヲ呈シ同質ナルガ如

佐藤某　女、四十二歳（四十年五月一日子宮剔出）

既往症及ビ現症

月經初發十三歳ノ暮、經過不正、一年ニ五―六回潮來スレノミ五年來正順トナリ大抵三日間中量疼痛ナシ塊亦出デズ月華最終四十年三月廿七日ニシテ三日間之レヲ見ル、結婚十五歳ノ夏、分娩ハ患者ノ二十一歳ノ暮ニ一回平産ヲナセシノミ生兒健在

患者ハ四年前子宮病ニテ內膜搔爬ヲナセリ明治三十八年秋ヨリ不定ノ子宮出血アリ其量甚ダ少量ナリ然レ𪜈烈シキ腰及ビ下腹ノ痛ナシ只時々子宮ニ輕キ疼痛アルノミ昨年四月之レヲ診セシニ子宮口緣硬結シテ內面粗糙容易ニ出血ス子宮體前屈、大サ常周圍ニ浸潤ナシ子宮口後緣ニハ指頭大ノ肉芽樣組織ヲ認ム食機常ノ如ク便通一日一行、昨年五月一日腹壁ヲ開キシニ子宮ノ前方ハ僅カニ膀胱ニ後壁ハ直腸ニ癒着セリ之レヲ剝離シ子宮ヲ剔出ス患者ハ六月一日全治退院セリ

子宮ノ肉眼的所見

子宮ハ普通大ニシテ前壁ノ漿膜面ハ滑坦ナレ𪜈後壁ノ漿膜面ハ纖維素性及ビ纖維性絮片ヲ有ス子宮頸部ノ浸潤烈シク肥厚亦著シ之ニ反シテ膣部前唇ハ著シク扁平狀ヲナス卵巢ハ左右共ニ小ニシテ表面不平ヲナス殊ニ右卵巢ノ前頭斷面ヲ窺フニ皮質ノ最外層ニ近ツキテ三個ノ黃體ノ如キモノヲ見ル就中卵巢門ニ近キモノハ小豆大ニシテ黃白色ヲナシ中央ニ位スルモノハ大豆大ニシテ卵圓形ヲ示シ小豆色乃至餡色ヲナシ軟ナリ最外方ニ在ルモノハ同シク大豆大ニシテ灰白色ヲナシ其質極メテ軟ナリ後者ノ二ツハ其周圍ニ輕キ灰白色ノ暈莢ヲ有ス左卵巢ニモ亦一個ノ小豆大ノ暗黑色ノ假性黃體ノ如キモノヲ認ム

割面ニ於ケル肉眼的所見

ノ部ニアリテハ漸ク腫瘍細胞ヲ缺キ僅カニ圓形細胞ノ堆積ヲ認ム此ヨリ甎管上部ハ全ク健態ニ在ルガ如シ甎部深層ハ甚ダ鬆粗ニシテ間隙多ク殊ニ深層ノ大部分ヲ占ムル結締織ニ於テ此ノ罅隙多シ之レト濃紫色ニ染マレル腫瘍組織トノ境界比較的銳利ナレモ所ニヨリテハ之レヨリ結締織纖維ガ腫瘍組織ノ間ニ進入スルノ像ヲ呈ス擴張シ其壁稍々肥厚セル血管ハ所々其斷面ヲ表ハシ腔内多クハ血球ヲ有セサルモ中ニハ赤血珠ノ外圓形細胞ヲ有ス筋纖維ハ大ニ萎縮シ主ニ上記甎管腺ノ直下ニ適スル所ニ在リテ筋束間腫瘍細胞及ビ圓形細胞ノ浸潤ヲ認ム其他神經纖維ノ横斷面ヲ見ル

(丙) 中等大——强廓大ノ所見

各胞巢ハ其形千差萬別ニシテ不規則ナレモ概シテ細長ニシテ深層ニ向ヒテ延長セルノ狀ヲ呈シ間質ト實質トノ間多クハ間隙ヲ存シ兩者親密ナラズ細胞ハ概シテ圓柱狀ニシテ元形質淡赤色ニ染マリ核ハ卵圓形乃至圓形ニシテ或ハ濃染シ或ハ淡染シテ顆粒狀ヲナシ核ハ小體ヲ有スルアリ然レモ何レノ部ニモ核分剖像ヲ認ムルヲ得ズ尙圓柱狀細胞ノ外多角骰子形ノ細胞ヲ有シ兩者ノ經過不正ニ相混雜シ其胞巢周邊部ニ於テ圓柱狀ヲナシ及ビ中心部ニ於テ多角骰子形ヲナスガ如

シ此ノ部殆ンド頸壁ノ半バニ達ス該組織中殊ニ表面ニ近キ部ニ在リテハ頸部深層ト同色ニ染マレル結締織樣ノ索狀稍々放線狀ヲナシテ混スルヲ見ル、表面ハ凹凸不平ニシテ標本ニ於ケル頸管ノ最上部分ニ只數個ノ腺管斷面ヲ認ムルノミニテ爾他ノ部分ニ於テハ一ツモ之ヲ認メズ以上濃紫色染色部ト淡紫赤色ニ染メル頸部深層トノ境界ハ比較的銳利ナリ

(乙) 弱鏡下所見

濃染セル粘膜層ニ適スル部ヲ檢スルニ上記數個ノ腺管斷面ヲ認ムル部分ノ外一般粘膜組織ヲ缺キ表面ハ不平ニシテ所々壞死組織ヲ以テ被ハル濃紫ニ染マリシ部ハ腫瘍細胞ノ大小無數ノ胞巢ヲ作ルモノニシテ間質ハ網工ヲ作ラズ寧ロ樹根狀ヲナス從ヒテ各胞巢ノ形狀ハ概シテ細長ナレ𪜈甚ダ不規則ニシテ或ル部ニ在リテハ間質結締織ガ腫瘍細胞ヨリ圍繞セラルヽノ觀ヲ呈スル所アリ各胞巢ハ其中ニ腔間ヲ有セズ悉ク細胞ヲ以テ充實ス子宮外口部ニテ層疊扁平上皮層ヨリ頸管圓柱層ニ移行スル部ニ適スル所ニハ所々腫瘍組織中圓形細胞ノ集簇ノ如キモノアリテ特ニ暗紫色ヲ呈ス頸管上部ニ在ル數個ノ頸管腺ハ概シテ擴張セルガ如キモ其一ツハ著シキ紆廻分岐ヲ現ハシ其中ニ靑味ヲ帶ベル內容物ヲ有スル而モ此

モ増殖セサル上皮細胞ニ在リテハ所々圓形ノ核ヲ認ム腺腔内ヘマトキシリン」ニ染マレル淡青粘液ヲ有シ其他圓形細胞、白血球ヲ含有ス、管腺ノ周圍ハ圓形細胞ノ浸潤強シ頸部深層ノ結締織束間及ビ筋纖維束間ニモ圓形細胞ノ浸潤ノ外腫瘍細胞ノ浸潤アリ概シテ圓柱狀ナリ血管ハ何レモ擴張ト肥厚ヲ供フ

右卵巢、肉眼上認メタル三個ノ黃體樣ノモノ、中卵巢門ニ近クシテ黃白色ヲ呈セシモノハ多角骰子形ニシテ濃染セル黃細胞ヲ充滿シ核ハ圓形ノモノ多クシテ顆粒狀ヲナシ核小體亦之レヲ認ム然レ𪜈組織内及ビ周邊部ニ血管ノ擴張少ナシ

摘要

本例ニアリテハ子宮頸管下部ノ粘膜至ル所潰瘍ノ狀ヲ呈シ腺管ヲ示サズ胞巢ヲ形成スル腫瘍細胞ハ多ク圓柱狀ナリ偖テ本例上皮細胞巢ヲ形成スルモノハ抑々如何ナル種類ニ屬ス可キヤ圓柱細胞癌若シクハ腺腫性癌ガ已ニ上記ノ如ク胞巢内壁上圓柱細胞ノ整然附麗スルヲ認メズ(第一例ヨリハ稍々整列スレ𪜈)然カモ壁上多角骰子形細胞ヲ混ジ又中央腺腔ヲ認メズ其他ノ狀態ヨリ想像スルモ決シテ正型的圓柱細胞癌乃至腺腫性癌ニアラサルヤ明カナリ且ツ又腺細胞癌トモ考フルヿ能ハズ或ハ第一例ニ於ケルガ如ク所謂「エロジオン」性腺頸部圓柱上皮細胞ヨ

キ像ヲ呈セズ加之其胞巢内壁上ニ圓柱細胞ノ整然附麗スルノ形ヲモ認メズ其間多角骰子形細胞ヲ混ズ胞巢中心部ニ向フニ從ヒテ細胞列益々不正トナリ圓形細胞ノ浸潤アリ細胞中粘液變性乃至脂肪變性ニ陷リシモノアリ其他癌珠等ヲ見ズ然レモ膣部層壘扁平上皮層ヨリ圓柱上皮層ニ移行スル部ニ在リテハ所々多核―多形白血球ノ集簇ヲナシ其表面ハ著シク頽敗組織ヲ以ヲ被ハル之ノ所ヲ距テ、單層圓柱上皮層ニ通スル部ニ殊ニ大ナル細胞ノ細長ノ胞巢ヲナシテ表面ニ直角ヲナシツヽ深層ニ侵入スルヲ見ル胞巢内破裂罅隙ヲナス細胞ハ扁平多角骰子形ニシテ著シク大トナルモノアリ圓柱若シクハ卵圓形ノ大ナル核ヲ有シ中ニハ甚シク膨大スルモノアリテ大抵顆粒狀ヲナシ濃染セル核小體ヲ有ス元形質ハ淡赤色ニ染マレリ該部周圍附近殊ニ其深層ニ於テモ同樣ノ細胞團巢ノ小ナルモノヲ見ル核分剖像ヲ所々ニ認ム

頸管上部ノ腺ヲ窺フニ腺管上皮細胞ハ何レモ高キ圓柱狀ニシテ基底膜ニ附麗スレモ一般ニ增殖シ互ニ相壓シ益々高キニ至ル一二腺管ハ腺腔内ニ乳嘴狀ニ突出シ一寸乳嘴性腫瘍ノ如キ像ヲ呈ス然レモ圓柱上皮細胞ノ增殖烈シキ部位ニアリテハ其整列ヲ亂ス核ハ一般卵圓形ヲナシ細胞底部ニ偏在濃染シ顆粒狀ヲナセト

ナナセシニ右子宮薦骨靱帯ハ示指大ノ硬キ索狀ナナシ硬度不同昨年二月十五日開腹セシニ子宮右側ハ一般ニ浸潤セラル爲メニ輸尿管ノ排去モ少シク困難ナリ四月二十日退院ス

子宮ノ肉眼的所見

子宮ハ普通大ニシテ漿膜外面ハ概シテ平滑ナリ頸部外面ハ粗糙ニシテ纖維性絮片ヲ附着ス殊ニ頸部後壁即チドウグラシ氏窩ニ適スル部ノ漿膜ハ剝離シテ其跡ヲ止メズ而シテ其部分ニ上下相接シテ二個ノ組織缺損ヲ作リ白銅貨大ノ少シク不規則ノ穴ヲナス之レ潰瘍アリシ所ナリ其穴ノ邊緣ハ薄クシテ不等ナリ纖維素性乃至小サキ纖維性絮片ヲ有ス子宮外口ハ燒灼セラレ其面硬クシテ暗褐色ヲ呈ス左卵巢ノ喇叭管剪彩ト相癒着スルノ外左右卵巢共通常大ニシテ中ニ各二個ノ豌豆大ノ小囊樣ノモノヲ見ル其内容物ハ軟ナリ之レ假性黃體ナラン

割面ニ於ケル肉眼的所見

子宮ハ左側ヨリ前後兩壁ニ開カル體壁ノ厚徑稍々大ニシテ一仙迷突牢ヲ有スルモ子宮粘膜ハ滑坦ナリ子宮頸部ノソレハ痛ク壞敗セラレ甚シク鬆粗トナリ細小ナル乳嘴狀ヲナス所アリ或ハ結締織纖維束ノ如キモノ露出セルガ如キ部アリテ絨毛狀粗糙面ヲナシ其或ルモノハ恰モ草根ヲ見ルガ如キ狀ヲナス一般汚色ヲ呈ス燒灼セラルヽハ主ニ子宮外口ノ周圍ニ止マリテ汚色暗褐色ヲナス頸部ノ筋層ハ腫瘍細胞ノ浸潤可ナリニ强キモ總體ニ頸部壁ノ厚徑ハ增サズ

顯微鏡的檢查

リ生セシモノカ然レモ本例已ニ上記ノ如ク子宮外口部ニ適シ表面ヨリ深ク深層ニ進入セル細長胞巢ノ一部扁平上皮細胞ヲ示スモノアリ其附近ニ於テモ亦同樣ノ細胞團變ヲナスヲ見レバ本例ノ如キハ寧ロ之レヲ扁平上皮細胞層ヨリ發生セル癌ト見做ス可キカ標本中癌珠ノ如キモノヲ見ザルモ其間質等ニ圓形細胞浸潤ノ多キ事實モ亦之レニ適ス然レモ子宮外口部ニ化膿性病竈ヲ示シ表面已ニ崩潰ヲナスヲ以テ其最初ノ發生狀態ハ之レヲ知ルヿ能ハズ而シテ頸管上部ノ腺ノ增殖ハ之レヲ癌性病竈附近ニ於ケル反應ニ歸因セシメテ可ナランカ

第三例

病歷

渡邊某　女、三十四歲（四十年二月十五日剔出）

月華初發　十七歲秋、經過正順七日間多量、下腹腰部ニ微痛アリ月經最終四十年一月三日ニシテ七日間アリ結婚二十一歲正月、分娩四回何レモ平產、初產二十三歲二月、生兒三人健在、患者ハ一昨年七月頃ヨリ不定ノ出血アリ昨年正月以來出血持續性トナリ而ノ下腹腰痛ヲ伴フニ至ル食機、常ノ如ク便通一日一行、昨年二月之レヲ診セシニ子宮膣部ニ潰瘍ヲ生ジ深サ一仙迷突ナリ凹凸不平ニシテ易ク出血シ全部浸蝕セラレ後方ハ膣壁ニ移行ス前方ノ一方ハ膀胱ニ達スル迄浸潤セラル子宮體ハ前屈、大サ常、左側ハ抗抵少シク强クシテ且ツ頭部モ稍々固定ス鉗子牽引少シク重シ直腸診

腫瘍細胞ヨリ構成セラレタル細胞索ハ多ク小且ツ不規則ニシテ星狀樹枝狀ヲナスモノアリ然レ𪜈子宮外口部ニ適スル部ニ在リテハ胞巢細長ニシテ而モ其方向ハ略表面ニ並行ヲナシテ互ニ相密接シ間質極メテ狹小ナリ所々濃紫色ヲ呈スル圓形細胞ノ如キモノヽ浸潤ト集簇ヲ認ム膣部外面ハ一部屑壘扁平上皮屑ヲ有スレ𪜈一部ハ之レヲ缺ク其上皮屑直下ノ組織ニモ亦圓形細胞ノ如キモノヽ浸潤著シ筋層ハ著シク削萎シ主ニ脂肪組織之レニ代ハル該組織中所々圓形細胞ノ集團ヲ認ム

（丙）中等大—強廓大—所見

頸管表面ハ凝固壞死組織所々ニ在リテ其色汚シ且ツ無數ノ圓形細胞ヲ該組織中ニ認ム一般不規則ナル胞巢ヲ窺フニ多クハ胞巢内壁上ニ横ハル腫瘍細胞ハ圓柱狀ヲナシ元形質淡紅色ニ染マリ核ハ多ク卵圓形ヲナシ染色質ニ富ミ顆粒狀ヲナシ核小體ヲ有ス該圓柱狀腫瘍細胞ハ胞巢内壁ニ整然並列スル所極メテ稀ニシテ多クハ無造作不秩序ニ置カレタルヿ恰モ第二例ニ於ケルソレノ如シ胞巢中心ニ移ルニ從ヒテ多角體子形トナリ核モ膨大トナリ淡青色ヲ帶ビ扁平上皮細胞ノ像ヲ呈ス子宮外口部ニ適スル部ニテ表面ニ並行ニ走レル胞巢ニ在リテハ腫瘍細胞

余ハ子宮前壁ノ下部ヨリ子宮腔部ニカケ粗糙面ノ所ヲ貫キテ縦徑ニ二個ノ連續セル切片ヲ截リ取レリ染色法ハ前例ノ如シ

第一　切片

ハ腔部前唇及ビ頸部一部分ニ相當ス

（甲）肉眼的及ビ「ルーペ」擴大ノ所見

本標本ノ一側ハ子宮頸管面ニ他側ハ子宮腔部ノ外面ニ相當ス本標本ノ前者ニ位置スル半分ハ濃紫色ニ染ミ表面粘膜組織ヲ認メズ凡テ凹凸不平甚シクシテ凝固頽敗組織ヲ有シ表面ヨリ深層ニ向ヒテ長キ破裂狀罅隙ヲ作ル所アリ本標本ノ腔部外面ニ對スル他半分ハ概シテ帶青淡紅色ヲ呈スレモ其腔部下方ハ著シク結締織樣組織增殖シ帶紫紅色ヲ呈シ多クノ破裂狀罅隙ヲ有ス帶青淡紅色部ニハ十數個ノ著シク肥厚セル血管ノ横斷面ヲ見ル殊ニ之ノ部ト濃紫染色部トノ境ニハ赤ク染マレル血球ヲ以テ塡充シ壁極メテ肥厚セル血管ノ三四ヲ見ル腔部外面ハ平坦ナラズ殊ニ下部外方ニ著シク陷凹スル所アリテ一部赤染上皮層ヲ缺ク

（乙）弱鏡下所見

頸管表面ヲ鏡檢スルニ粘膜組織ヲ全ク缺如シ汚色ヲ呈スル凝固壞死組織ヲ有ス

外回凸不平且ツ急ニ全體回陷シ第一切片ノソレニ移行ス第一切片ト同シク表面ハ壞死組織ヲ有シ粘膜組織ヲ認メズ頸部外側ニ一致スル所ハ帶紫紅色ニシテ數多ノ血管ヲ見ル且ツ稍々鬆粗ナリ

（乙）弱鏡下所見

子宮頸管面ノ回凸不平ノ表層ハ總テ其性質ヲ第一切片ト同シクシ只子宮體壁部ニ相當スル表面ニ平坦ニシテ且ツ數個ノ腺管ヲ認ム胞巢ノ小ニシテ不規則ナルコハ第一切片ノソレニ同ジ間質ハ比較的凡テ廣クシテ所々圓形細胞集簇ノ黑色點トシテ現ハル、アリ頸部筋層ハ一般淡赤色ニ染ミ筋纖維束間結締織ハ著シク增殖シ縱橫ニ網工ヲ構成ス殊ニ腔部外側ニ近キ所ニ網工細カナリ表層ニ在ル血管ハ著シク其壁肥厚スルモ腔部外側結締織中ニ存在スルモノハ只擴張シ血管血液ヲ以テ充塡ス

（丙）中等大—强廓大ノ所見

頸管表面ハ第一切片ニ於ケルソレト同ジク又子宮體壁ノ粘膜中ニアル數個ノ腺管ヲ鏡檢スルニ或ハ橫斷セラレ或ハ斜斷セラレ擴張セズ且ツ圓柱上皮細胞ハ腺管基礎膜上ニ整列附麗スレモ一部ハ稍々秩序ノ亂レタル所アリ管腔内多クハ圓

ノ形狀大小甚ダ不同ニシテ其形圓形多角骰子形ヲナシ腺細胞癌ニ似タル所アリ又ハ圓柱狀ナル所アリ又ハ扁平細胞ヲ有スルアリテ千差萬別ナレ𪜈其核ハ概シテ卵圓形ノモノ多キガ如シ膣部外面ノ層疊扁平上皮層ハ一部ハ之ヲ缺キ一部ハ健態ノ狀ニ在リ一部ハ又其基礎細胞ト其下層トヨリ剝離シ其間隙ニハ凝固質及ビ圓形細胞ヲ入ル膣部下方ノ結締織著シク增殖スル所ニハ筋束モ亦存シ束間圓形細胞及ビ多形—多核白血球ノ浸潤著シ其他本標本中其間質ト胞巢中ヲ問ハズ到ル所圓形細胞多形—多核白血球ノ浸潤集簇ヲ認メ殊ニ胞巢ノ全ク圓形細胞ヨリ厚ク圍繞セラルヽノ狀ヲ所々ニ見ル血管ハ上記ノ如ク著シク肥厚ト擴張トヲ呈シ何レモ腔内ニ赤血球ノ外多少ノ多形—多核白血球ヲ包有ス一二ノ血管ニ在リテハ其中膜ニ圓形細胞ノ小集簇ヲ現ハセリ

第二　切片

ハ子宮頸部ノ一部ト子宮前壁ノ一小部分ニ相當ス

（甲）肉眼的及ビ「ルーペ」廓大ノ所見

本標本ノ一例ハ頸管面及ビ體壁面ニ、他側ハ頸部外面ニ一致ス前者ニ適スル部ハ凡テ極メテ濃紫色ヲ呈シ表面子宮體壁内面ニ相當スル極メテ小ナル部分ヲ除ク

ハ多ク此ノ扁平上皮細胞ヲ有セリ而シテ本標本ノ細胞性狀ノ全ク第二例ニ一致スルヨリ考フル時ハ其扁平上皮細胞癌ナルヤ明カナリ而シテ其多形—多核白血球ノ到ル所浸潤集簇ヲ逞ウスルヲ以テ見レバ本例ハ化膿性乃至炎性病機ヲ示シ表面組織モ亦崩壞セルモノナリ從ヒテ癌腫發生當初ノ狀態ヲ知ルヿ能ハサルモ一般ノ狀態ヨリ其母地ヲ層疊扁平上皮細胞層ニ歸スル方穩當ナランカ

第四例

病歷

島崎某　女　三十三歲（四十年三月二十日子宮剔出）

月經初發　十五歲七月、經過正順、四—五日間、中量痛ナシ最終ハ一昨年八月以來時々小量ノ出血ノ爲メ不明ナリ結婚十八歲十一月、分娩二回平產初產廿歲三月、終產二十二歲正月、生兒一人健在、一昨年八月以來經外ニ不定ノ少量ノ出血アリ腰部下腹部ニ時々微痛ヲ感ズ食機通常、但通一日一乃至三行、昨年三月子宮膣部ニ不正ノ深キ潰瘍ヲ生ジ容易ニ出血ス周圍ハ普ク硬結シ殊ニ左側ニ甚シ同年三月二十日腹壁ヲ開キ之レヲ檢セシニ子宮周圍比較的浸潤少ナク只前左方膀胱ニ可ナリノ浸潤ヲ見ル直腸ト輕度ノ癒着アリキ四月十日退院ス

子宮ノ肉眼的所見

子宮ハ中等大ニシテ漿膜外面一般滑澤ナレ𪜈所々ニ纖維素性及ビ纖維性絮片ヲ附着ス子宮頸部及ビ膣部ハ普通ヨリ少シク長キモ浸潤肥厚ノ度極メテ少ナシ頸管ノ下部ハ示指頭大ノ膨間ヲナ

形細胞ヲ充ス各胞巢中ノ腫瘍細胞ノ性質ハ一般第一切片ノ不規則ナル胞巢ヲ構成セル細胞ノソレニ同シキモ圓柱狀ノモノ少ナキ代ハリニ又扁平上皮細胞モ比較的少ナシ圓形細胞及ビ多形—多核白血球ノ浸潤集簇ノ著シキ狀第一切片ニ於ケルガ如シ筋纖維束間結締織ノ著シク增殖セル所ハ腫瘍細胞ノ浸潤甚ダ稀ナルニ係ラズ圓形細胞多形—多核白血球ノ浸潤著明ナリ其他血管周圍ハ勿論管腔內ニモ亦赤血球ノ外多形—多核白血球ヲ有ス

摘要

本例ニ在リテハ子宮膣部及ビ頸管部ヲ全ク侵害セル癌腫ニシテ其上皮細胞ノ性狀タルヤ一部ハ第二例ニ似タル點アリ即チ胞巢內壁上不規則ニ置カレタル圓柱狀ノ細胞ノアルコト同一胞巢內圓柱狀ノモノト多角骰子形ヲナスモノ、相混合スル事ト其他癌珠ナキコ、多形—多核白血球ノ集簇ヲ有スルコ等何レモ兩者相似タリ其異ナル主ナル點ハ第二例ニ在リテハ扁平上皮細胞ハ只其外口部ノ上方一ツノ細長深部ニ侵入スル細胞索ト其深層ニ於ケル小ナル細胞團欒ニ於テ之ヲ見ルノミニシテ衡他ノ胞巢ニ在リテハ特有ノ扁平上皮細胞ヲ認メサルモ本例ニ在リテハ第一切片ニ於テ見ルガ如ク胞巢內壁上圓柱狀細胞ヲ有スル胞巢ノ中心部

顯微鏡的檢査

余ハ頸管前壁ノ中央ニ於イテ頸管全長ニ亘リテ長キ組織切片ヲ切リ取リ標本ヲ作成ス故ニ此標本ハ燒灼セラレタル部分ト然ラサル部分トアリ且ツ眞性黃體ヲ有スル右卵巢ヨリモ亦其全面ニ亘レル切片ヲ切リテ標本ヲ調製セリ

（甲）肉眼的及ビ「ルーペ」擴大ノ所見

本標本ノ一例ハ頸管粘膜層ニ一致シ他側ハ頸部外側ニ適ス前者ハ一般濃紫色ニ染色シ此ノ組織ハ頸部壁ノ殆ンド全部ヲ占メ所々青味ヲ帶ブル部或ハ暗紫色ヲ呈スル部アリ血管ノ斜斷又ハ橫斷セラレタルヲ見ル、其壁赤色ヲ呈シ甚シク肥厚シ管腔ヲ有ス「ルーペ」擴大ニテ已ニ明カニ之レヲ見ルヲ得可シ其他組織中無數ノ渦狀ヲナスヲ見ル該側表面ハ凹凸不平ニシテ殊ニ中央部ハ甚シク凹陷シ其表面ハ帶黃赤色ノ組織ヲ以テ被ハル之レ燒灼セラレタル部分ナリ頸管腺ハ之レヲ何レノ部分ニモ認ムルヿ能ハズ腔部下端ハ青味ヲ帶ブルヿ强ク無數ノ極メテ小ナル間腔點狀ヲナシテ存ス頸部深層ハ甚ダ狹クシテ組織著シク鬆粗ナリ上層ニ見タル血管ト同樣ノモノヲ見ル腔部外面平滑ニシテ異狀ヲ認メズ

（乙）弱鏡下所見

シ其内面ハ暗褐色チナシ腟部ノ後壁左側亦暗褐色チナス之レ何レモ燒灼セラレタルモノニシテ爾他腟部ハ滑坦ナリ右卵巢ハ中等大ニシテ硬シ之レニ前頭斷チ施シ其面チ見ルニ其卵巢門ニ反對ノ部位ニ一ツノ直徑約一・七仙迷突チ算シ殆ンド卵巢ノ半バチ占メ上部ハ表面ニ達セル略ボ丸キ眞性黃體チ認ム其色一般帶黃灰白色ニシテ其中心大部分ハ膠樣ニ變ジ黃體ノ周圍殊ニ卵巢門ニ面スル所ハ血液チ以テ强ク充塡スル空洞樣トナレル血管アリ其他卵巢門ニ近キ所ニ大豆大ノ黃體チ見ル其周圍ハ黃色ニシテ中心ハ白色且軟ナリ左卵巢ハ右ニ比シ稍々小ニシテ之レガ前頭斷面ニ見ルモノハ只數個ノ小豆大ノ黃體ノミ其一ツハ黃色ナレ共他ハ灰白色ナリ

割面ニ於ケル肉眼的所見

子宮ハ左側ニ於テ例ノ如ク前後兩壁ニ切リ開カル體壁ノ厚徑二仙迷突半ニ及ビ筋層中殊ニ漿膜下ニ於ヒテ大ナル血管ノ截斷面ヲ見ル子宮粘膜面ハ滑澤ニシテ一部少シク石盤色ヲ帶ブ子宮頸部粘膜ノ大部分ハ燒灼セラレタル爲メ暗褐色ニ變シ粘膜組織ヲ認メズ其尙燒灼セラレサル部ハ灰白色乃至汚色ヲ呈シ少ク黑味ヲ帶ブ其面絨毛狀粗糙ヲナシ乳嘴狀ヲナス所アリ筋層ノ肥厚著明ナラズ頸部上方ハ其質硬キモ下方ノ粘膜面ニ近キ部ハ其質軟ニシテ灰白色ヲ呈シ少シク黑色ヲ帶ブ筋層一般灰白色ヲナシ腫瘍組織ヲ認ムルヲ得ルモ該組織ハ整然タル索條網工ヲナサズ子宮腟部ハ白色ヲ帶ビ結締織ニ富ム

間及ビ結締織束間ノ大部分ハ濃紫色ヲ呈ス之レ圓形細胞浸潤ノ強キ部ナリ血管ハ何レモ肥厚充漲著シ中ニハ管腔ヲ失フモノアリ

（丙）中等大—強廓大ノ所見

顆管ニ面スル表面ニハ全ク腺管ヲ認メズ一般汚色ヲ呈スル壞死組織ヲ以テ被ハル中央陷凹部ノ燒灼セラレタル壞死組織直下ニハ無數ノ多形—多核白血球ヲ見ル胞巢ヲ構成スル腫瘍細胞ハ、本標本ノ上半部ニ於テハ概シテ多角骰子形ナレドモ亦圓柱狀ヲ呈スルモノ少ラズ何レモ大小不同ニシテ中ニハ著ク膨大淡染セルモノアリ核ハ其多角骰子形細胞ナルト圓柱狀細胞ナルトヲ問ハズ一般顆粒狀ヲ呈シ圓形或ハ卵圓形ヲナシ中ニハ不規則ノ形ヲナスアリ核小體濃染セリ胞巢中小ナル多角骰子形ノモノヨリ形成セラレタルモノ其多キヲ占メ宛然腺細胞癌ノ像ヲ呈スレドモ所々大ナル扁平上皮細胞ヨリナル胞巢ヲ認メ然カモ仔細ニ檢スル時ハ三四ケ所ニ於テ該細胞ノ少數求心的ニ層疊壓迫シ化角シツヽ或ハ殆ンド化角セシ像ヲ見ルヲ得、此ノ扁平上皮細胞ヨリナル胞巢ハ他ノソレニ比シ甚シク其形不規則ニシテ細長ナリ弱鏡下所見ニテ述ベシ間質中及ビ胞巢内ニ特ニ極メテ濃紫色ヲ呈スル集團樣ノモノハ何レモ無數ノ多形分葉核白血球—多核白血球ノ集

濃紫色ニ染色セル組織ヲ檢スルニ其表面ハ不平ニシテ何處ニモ粘膜組織ヲ認ムルヿ能ハズ殊ニ中央凹陷セル所ニ在リテハ帶黃赤色ノ壞死組織ヲ以テ其表面ヲ被蓋セラレ赤血球モ多ク之レヲ認ムル腫瘍細胞ハ大小不規則ノ胞巢ヲ作リ中央凹陷部ヨリ頸管上方ニ於テハ細胞索ノ形狀極メテ不規則ニメ樹枝樣乃至肉叉狀ヲナシ或ハ腫瘍細胞却テ間質結締織ヲ取リ圍ムアリ或ハ赤ク染マレル血管ノ斷面ヲ中心トシテ渦狀ヲナス等其像甚ダ美ナリ總テ胞巢ハ濃紫色ニ間質ハ淡赤紫色ニ染マルモ所々胞巢ノソレヨリモ尙濃厚ニ染色スル所及ビ胞巢內ニモ不規則ノ濃厚ニ染マレル集團ノ如キモノアリテ胞巢細胞トノ間ニ多少ノ間隙ヲ存ス何レモ圓形細胞ノ浸潤集簇ノ如シ中央凹陷部ヨリ下方即チ子宮外口側ノ部分ハ胞巢細長ニシテ且ツ其數ヲ減ズ然レモ表面ニ近ツキテ濃紫色ニ染マレル二個ノ大ナル竈アリテ小ナル細胞ノ集簇ノ如シ膣部下方ハ粘液腫性トナリ「ヘマトキシリン」ニテ淡青色ニ染マリ茲ニ大小無數ノ擴張セル血管ヲ認メ何レモ極メテ淡ク染マリタル赤血球ヲ以テ充實ス圓形細胞モ亦此內ニ存ス「ルーペ」鏡大ニテ該部ニ多クノ極メテ小ナル點狀間腔ノ見エシモノハ即チ此ノ血管ナリ膣部層疊扁平上皮細胞ハ異狀ナシ只深ク頸管ニ入リ込ム狀アリ頸部深層非常ニ鬆疎ニシテ筋纖維束

部ニハ迂廻擴張セル血管ニ富ミ何レモ皆血球ヲ呈ス其他異狀ナシ

尾

畑一

摘要

本例ハ一般頸管粘膜ヲ失ヒ表面壞死組織ヲ以テ被蓋セラル胞巢總テ不規則ナリ腫瘍組織内ニ所々化膿性病竈ヲ認メ腔部下方ハ粘液變性ヲナス本例ハ果シテ何レノ腫瘍ニ屬ス可キヤ實質ハ概シテ圓柱狀細胞ヨリ主成スル上皮癌ナリ然レ𪜈第二例トハ稍々其趣ヲ異ニス即チ第二例ニ在リテハ其標本中腫瘍細胞概シテ圓柱狀ヲ呈シ只子宮外口部ノ少シク上方ノ所ニ特有ノ扁平上皮細胞ヨリナル胞巢ヲ目擊セシノミ之ニ反シテ本例ニ在リテハ標本ノ上半部ニ於ケル細胞ハ主トシテ小ナル多角骰子形ニシテ只所々ニ特有ノ扁平上皮細胞ヨリナル細長ノ胞巢及ビ癌珠ヲ認メ而シテ下半分ニ於テハ大部分圓柱狀ニシテ特有ノ扁平上皮細胞及ビ癌珠ヲ目擊スルヿ能ハズ要スルニ標本ノ上半部ハ一見シテ大體腺細胞癌ノ如キ像ヲナシ下半分ハ何レモ圓柱狀ナリ然レ𪜈上半部ニ於テ特有ノ扁平上皮細胞殊ニ癌珠ヲ有スルハ甚ダ奇ナリトス或ハ知ラズ頸管粘膜上皮或ハ腺上皮細胞ノ化生ニ因スベキヤヲ前例ト同シク已ニ病機進ミタルモノナレバ之レヲ詳ニスルニ由ナシ

簇ナリ此ノ外一般間質ハ勿論多クノ胞巢内ニモ多形ー多核白血球殊ニ普通ノ圓形細胞ノ浸潤ヲ認ム

本標本下半部ハ細長ノ胞巢ヲ作ル、細胞概シテ圓柱狀ノモノ多シ其性質上記ノソレニ同シキモ核ハ以上ノモノヨリ濃染ス然レモ上述ノ如キ癌珠ヲ認メズ弱鏡下所見ノ二個ノ濃紫色ヲ呈スルモノハ又主ニ圓形細胞ノ集團ニシテ此中又分葉ー多核白血球ヲ含有ス膣部下方ハ粘液變性ヲナシ長キ突起ヲ有セシ星芒狀或ハ圓形ノ細胞ヨリナル組織ヲ認ム粘液組織中至ル所擴張セル血管ヲ有シ悉ク血球ヲ以テ充サル然レモ壁ハ肥厚セス爾他ノ部位ニアル血管ハ何レモ壁肥厚ス頸部深層ノ筋纖維束間結締織增殖シ盛ニ腫瘍細胞ノ侵入スル所トナリ瘦削萎縮シ所ニヨリテハ只斷片ヲナシ腫瘍細胞ノ圍繞スル所トナリ筋小嶋嶼ヲ形成スルアリ其他至ル所圓形細胞ノ浸潤烈シキヲ認ム

右卵巢、肉眼上所見ニ已ニ認メタル直經約一・七仙迷突ノ丸キ黃體ヲ鏡檢スルニ其周邊部ハ赤色ニ染マレル黃體細胞アリテ其形多角骰子形幷ニ不規則ニシテ核ハ概シテ圓形ナリ顆粒狀ヲ呈ス此組織中到ル所充漲血管ヲ見ル黃體ノ中心部ハ膠樣性結締織ヲ有シ微細ナル網工ヲナシ其間多クノ血球ヲ有ス黃體ヲ界境スル

部ニハ迂廻擴張セル血管ニ富ミ何レモ皆血球ヲ呈ス其他異狀ナシ

節ヲ供ヘ又ハ小サキ息肉狀ヲナスモノアリ

左卵巢ハ普通大ニシテ中ニ小豆大ノ二個ノ假性黃體ノ如キ囊ヲ有シ內容物ハ鮮色ヲナシ軟ナリ

右卵巢ハ稍々大ニシテ前頭斷面ニ十錢銀貨大ノ黃體ヲ示シ大部分出血セルノ狀ヲ呈ス

尾

畑

割面ニ於ケル肉眼的所見

子宮ハ左側ヨリ例ノ如ク切リ開カル體壁ノ厚徑著シク大ニシテ二仙迷突半以上ニ及ブ子宮粘膜ハ甚シク粗糙ニシテ一部ハ顆粒狀ヲ呈シ一部ハ乳嘴狀ヲナス其他子宮頸管ニ近キ部分ハ淡キ石磐色ヲナシ壞敗シ絮片狀ヲナス而カモ其頸管ニ移行スル部ハ肉眼的異狀ヲ呈セズ筋層ハ甚シク厚ク結締織モ亦增殖シ大小無數ノ網工ヲ構成ス漿膜下ニハ多クノ血管ノ切斷面ヲ認ム

頸管粘膜ハ悉ク頽敗シ乳嘴狀ヲナシ其跡ヲ止メズ壞敗粗鬆ノ部ハ約舊一圓銀貨大ニシテ一部ハ帶黃灰白色ヲナシ一部ハ汚色ヲ呈シ膣部前壁ニハ出血スル部ヲ認ム頸部深層ハ腫瘍細胞浸潤ノ爲メ著シク肥厚シ其厚徑二仙迷突ニ達ス仔細ニ之ヲ見ル時ハ明カニ胞巢狀ヲ認ムルヲ得而カモ其壁ヲ壓迫スル時ハ胞巢ハ各々其割面ヨリ少シク飛ビ出タルガ如ク一見顆粒狀ヲナス

顯微鏡的檢查

第五例

病歷

池田某　女　四十五歲（四十年八月九日剔出）

月經初發　十九歲正月、整順五日間ニシテ中量、痛ナシ最終昨年七月六日ニシテ三日間持續ス結婚十九歲二月、五回分娩何レモ平產、初產二十歲十二月、終產二十九歲六月生兒三人健昨年五月中旬頃ヨリ多少ノ白帶下アリシガ仝月二十三日多量ノ出血アリ三日間持長シ醫療ヲ受ケシモ閙來僅カノ動作ニヨリテ出血スルヿアリ下腹痛、腰痛ハ更ニナシ多量ノ白帶下アリ膣部ハ不正形ニ鷄卵大ニ肥厚シ表面顆粒狀潰瘍ニ陷リ觸診ニヨリ容易ニ出血ス直腸ヨリ診スルニ右及帶ハ變化ナク左側ハ短縮シテ頸管ヲ骨盤ニ密着セシム然レ𪜈其ノ間ニ硬キ浸潤ナキガ如ク少シク移動セシメ得可シ體ハ右傾シテ倍大トナリ硬ク且ク移動ス同年七月十九日搔爬セシニ腫瘍ハ甚シク硬ク出血少ナシ之レヲ燒灼ス八月九日腹壁ヲ開キシニ大網ニ梅實大暗褐色ノ波動性腫瘍アリ子宮ハ倍大表面發赤セルモ癒着ナシ左右喇叭管卵巢健全ナリ子宮全剔出ヲナシヌ患者衰弱ノ爲メ九月二十六日不幸死亡セリ

子宮ノ肉眼的所見

子宮ハ甚シク大ニシテ殆ンド普通ノ二倍ニ及ブ漿膜外面ハ子宮前壁ノ左側ニテ底部ニ近キ所ニ一個ノ大豆大ノ卵圓形ヲナス結節アルノ外一般ニ滑澤ナリ子宮頸部ハ體部ニ比シテ著シク大ニシテ其頸部後壁ノ如キハ浸潤性肥厚烈シクシテ外觀殆ンド子宮體部ト其太サヲ同ウシ其中徑僅ニ九仙迷突ニ及ビ何レガ體壁ナルカヲ疑ハシムル程ナリ子宮外口ハ灰白色ニシテ少シク黑味ヲ帶ベル壞敗物ヲ以テ蔽ハル子宮外膣部ノ前後兩唇甚シク鬆粗トナリ乳嘴狀トナリ所々粟粒大結

節ヲ供ヘ又ハ小サキ息肉狀ヲナスモノアリ

當該部深層ニ在リテハ細胞索寧ロ細クシテ短シ間質ハ勿論胞巢内ニモ圓形細胞ノ如キモノ著シク浸潤セルガ如シ殊ニ腔部外下側ノ表面直下組織中ニハ其浸潤甚ダシク該部總體濃紫色ヲ呈ス且ツ該部及ビ其深層ニハ血管及ビ淋巴隙ノ著シク擴張セルモノアリ之レ肉眼的所見下ニ述ベシ無數ノ小間隙ナルモノニ一致ス且ツ頸部深層ニ在リテハ擴張セル淋巴隙中全ク腫瘍細胞ヲ以テ充サルヽモノヲ所々ニ認ム筋層ハ腫瘍細胞ノ侵ス所トナリ著シク斷絕セラレ筋束ハ爲メニ種々ナル形ニ分カタレ多クハ小島嶼トシテ存シ或者ハ小點トシテ僅カニ其形ヲ止ムルモノアリ何レモ濃紅ニ染マル頸部外面ノ鬆粗ナル結締織間ハ脂肪細胞ヲ以テ充實セラレ且ツ血管多ク何レモ赤血球ヲ有シ同時ニ濃紫色ニ染マレル白血球ノ如キモノヲ認ム就中血管腔全ク白血球ヲ以テ充實スルモノスラアリ血管周圍亦タ此ノ浸潤烈シ頸部外側上方ニ所々神經纖維ノ横斷或ハ縱斷セラレタルモノヲ認ム且ツ數十ノ赤クシテ小ナル圓形ヲナスモノヽ集簇ヲ所々ニ認ム一見上記ノ小點トシテ其形ヲ存セル萎縮セル筋ノ如ク見ユルト雖モ筋ハ其色大ニ淡シ

（丙）中等大—强廓大ノ所見

頸管ニ適スル表面ハ上記ノ如ク腺管ヲ認メズ壞死組織ヲ以テ所々蔽ハル腔部外

余ハ頸管前壁ノ一圓錢貨大ノ粗糙面ヲナセル部ニ於テ縱徑ニ一葉ノ大ナル組織切片ヲ切除シ標本ヲ上記ノ法ニヨリテ作ル

（甲）肉眼的及ビ「ルーペ」廓大ノ所見

本標本ノ一例ハ頸管粘膜層ニ一致シ一般濃紫色ニ染マレモ亦濃紅ニ染マリシ所少カラズ一般濃紫色ヲ呈スル所ハ殆ンド頸壁ノ全部ヲ占ム其組織中所々濃染セル不規則ノ小點ヲ特ニ明カニ認ム但シ多クハ該小點ト其ノ周圍ノ淡赤色ニ染マレル組織トノ間ニ罅隙ヲ存スレバナリ頸管表面ハ凸凹不平ヲナス頸部深層ハ腫瘍細胞浸潤ノ爲メ筋層著シク削萎シ頸部ノ最モ外部ハ極メテ鬆粗ニシテ結締織束間至ル所脂肪組織ヲ以テ充サル其地充漲セル血管ヲ所々ニ認ム膣部外面ハ層疊扁平上皮層ノ如キモノヲ見ズ該部直下組織及ビ其少シク深層ニハ極メテ小ナル無數ノ小間隙ヲ有ス

（乙）弱鏡下所見

頸管表面ニ一致スル面ヲ檢スルニ肉眼上已ニ認メタル如ク凹凸不平ニシテ粘膜組織ヲ全ク缺如シ所々頽敗壞死組織ヲ有ス腫瘍細胞ハ何レモ濃紫色ヲ呈シ極メテ不規則ノ胞巢ヲ作レモ子宮外口ニ通ズル所ハ胞巢著シク大ナリ之レニ反シテ

當該部深層ニ在リテハ細胞索寧ロ細クシテ短シ間質ハ勿論胞巢內ニモ圓形細胞

ニモ癌珠ヲ見ズ

摘要

本例ハ頸管腟部及ビ子宮體部ニ廣延シタル癌腫ニシテ其腫瘍細胞性狀ヨリ之レヲ考フルニ扁平上皮細胞癌ナルヤ明カナリ然レ𪜈本例ハ癌珠ヲ示サズ且ツ第二例第三例及ビ第四例ノソレニ比シテ腫瘍細胞ノ圓柱狀ヲナスモノ極メテ少ナシ本標本中至ル所多形―多核白血球ノ浸潤集簇ヲ現ハシ即チ化膿性病機ヲ示スヲ以テ表面如何ニ潰敗セシヤヲ知ルヲ得可シ如此キ病機大ニ進ミタルモノニアリテハ其發生狀態ハ之レヲ知ルヿ能ハサレ𪜈恐ラク扁平上皮層ヨリ發セシモノナラン

第六例

病歷

鈴木某、女、四十二歲（四十年三月二十五日剔出）

月華初發　十五歲春、甚ダ不正順、三日間ニシテ中量、劇痛アリテ就褥ス塊出ズ結婚十七歲二月、分娩セズ一昨年十一月頃ヨリ不定ノ子宮出血アリ且帶下增量ス其當時ヨリ下腹甚シク疼痛ヲ覺ユルニ至リテ下肢ニ牽引ス然レ𪜈其出血多量ナラズ且ツ尿意頻數食機不振便通一日一行、昨年三月子宮膣部菜花狀ニ增息シ出血ス同月廿五日燒灼シ以テ腹壁ヲ開キシニ子宮ハ後傾シテ直腸ニ癒

面所々層疊扁平上皮細胞ヲ認メズ胞巢中ノ腫瘍細胞ハ概シテ多角骰子形及ビ扁平上皮細胞ニシテ元形質ハ淡紅色ニ染ミ核ハ圓形乃至卵圓形ナレ𪜈中ニハ不規則ノ形ヲナスモノアリ濃染スレ𪜈少シク青味ヲ帶ビ顆粒狀ヲナス核小體ハ明カニ之レヲ認ムルヲ得、本標本ノ中央マデ表層ニ近ク位置セル胞巢周邊ノ細胞ハ多ク圓柱狀ヲナシ核モ亦卵圓形ナリ其中央ノモノハ多角骰子形ナリ子宮外口部ニアル大ナル胞巢ヲナス腫瘍細胞ハ大ニシテ特有ノ扁平上皮細胞ノ性ヲ備フ該部深層ニアル細胞索ハ二列—三列ノ大ナル扁平上皮細胞ヨリ構成セラル、間質及ビ胞巢內ニハ至ル所圓形細胞ノ外多クノ分葉多形—多核白血球ヲ認ム殊ニ膣部外下部表層直下ニハ上記同樣ノ白血球廣大ナル集簇ヲ作ル其他膣部外側ノ結締織間、血管腔內及ビ周圍至ル所此ノ種ノ白血球又ハ圓形細胞ノ浸潤ヲ見ル、一二ノ血管ハ全ク其管腔ヲ塡充セラル擴張セル淋巴隙ヲ充タセル腫瘍細胞ハ大小不同ノ扁平上皮細胞ニシテ核ハ青味ヲ、核小體ハ紅味ヲ帶ビ甚ダ美ナリ肉眼的及ビ「ルーペ」鏡大上數十ノ赤キ小點ト見エシモノハ實ニ交感神經節細胞ニシテ數十不規則ニ相並ビ圓形又ハ卵圓形ニメ甚タ大ナリ核ハ濃紫色ヲ呈シ元形質ハ淡紅色ナリ細微ノ突起ヲ有スルアリ又ハ之レヲ認ムルコト能ハサルモノアリ本標本中何レ

變ジ粗糙ニシテ所々乳嘴狀ヲナス筋層ハ腫瘍細胞ノ浸潤實ニ烈シク白色ヲナシ其厚サ優ニ一仙迷突以上ニ及ブ之ガ爲メニ筋層ヲシテ外方ニ壓迫セルガ如キ像ヲナシ萎縮セル筋層ハ外方偏在スルノミナラズ僅カニ形ヲ保チテ腫瘍組織ノ中ニ存スル筋纖維束ヲ認ムルヲ得

顯微鏡的檢査

余ハ頸管前壁ヨリ成ベク燒灼セラレザル部分ヲ撰擇シ同シク縱經ニ頸管全長ニ亘リテ切片ヲ切取リ標本ヲ作製ス

（甲）肉眼的及ビ「ルーペ」擴大ノ所見

「ヘマトキシリン、エオジン」複染色標本ニ就テ見ルニ標本ノ一側ハ膣部ノ外面及ビ膣部外側ニメ他側ハ上記ノ粗糙ニシテ一部燒灼セラレタル頸管ノ粘膜層ニ一致ス子宮膣部ノ層疊扁平上皮層ハ紫赤色ニ染マリテ二三ノ皺襞ヲナスト雖モ其ノ面ハ平滑ナリ膣部深層及ビ膣穹窿ニ適スル部ハ淡紅色ニ染マリテ組織鬆粗ナリ到ル所破裂狀罅隙ヲ示ス粘膜層ニ一致スル粗糙面ハ標本ニ於テモ亦凸凹不平ニシテ其中央ニ眞紅ニ染マリタル部分ヲ見ル之レ燒灼セラレタル所ナリ粘膜層ニ於ケル膜管ノ如キ像ハ之レヲ認ムルコト能ハズ癌細胞ハ凡テ濃紫色ニ染ミ深部

着シ尙右側喇叭管ハ拇指大ニ肥厚シテ子宮後壁ニ密着セリ容易ニ子宮ヲ除去シ得タリ患者ハ四月二十七日退院セリ

子宮ノ肉眼的所見

子宮ハ稍々小ニシテ漿膜外面ハ只前壁ノ上部ヨリ底部ニ亘リテ纖維素性絮片ヲ以テ附着セラルルノ外他ハ皆平滑ニシテ通常ノ色ヲ帶ブ子宮頸部ハ著シク浸潤肥厚ヲ來シ比較的巾廣クシテ其徑四仙迷突ニ達ス頸管ノ下部大部分及ビ子宮外口部ハ共ニ全部灰白色乃至汚色ヲ呈スル小サキ潰破セル組織ヲ以テ被ハレ一部絨毛狀或ハ糠狀ヲナシ一部乳嚢狀ヲナシ中ニ小サキ息肉狀ヲナス部アリ而シテ頸管ノ中部ヨリ膣部前唇ニ掛ケテ燒灼セラレタル跡アリテ其部暗褐色ヲナシ所々燒灼結痂附着ス膣部後唇ハ大ニ侵サレ薄クナリ壞敗セル組織ヲ以テ蔽ハル層疊扁平上皮細胞層ヲ見ズ之レニ反シテ膣部前唇ハ却テ浸潤肥厚シ層疊扁平上皮細胞層存ス左卵巢ハ小ニシテ銀杏大之レガ前頭斷面ヲ見ルニ殆ンド其割斷面ノ三分ノ二ヲ占ムル黃體ノ如キモノヲ見ル其形圓形ニシテ內容物ハ餡色ヲナシ軟ナリ周圍ハ黃色ナリ右卵巢ハ甚シク萎縮シテ硬シ

割面ニ於ケル肉眼的所見

子宮ハ右側ニ於テ底部ヨリ膣部ニ於テ前後兩壁ニ切リ廣ゲラル體壁ノ厚徑稍々增セルガ如キモ浸潤セルガ如キ像ヲ認メズ子宮粘膜ハ少シク黃白色ヲ呈シ滑澤平坦ナリ頸管上部少許ノ部分ノミニ粘膜ヲ存スルモ他ハ皆其形ヲ存セズ組織ノ缺損ヲ示シ潰瘍ヲナシ其一部ハ燒灼セラレ一部ハ汚色ヲ呈セル壞死セル組織ニ

胞巢ヲナシ各胞巢上記同樣ノ化角部ヲ有ス該竈ノ周圍ハ健態結締織ニテ包マレ且ツ其長形ノ胞巢ハ表面ニ直角ノ方向ヲ取リ恰モ腫瘍細胞ガ此ノ健態組織ノ中ニ侵入發育セルガ如キ像ヲナス筋層ハ濃紅ニ染マレモ筋束間鬆疎ニシテ至ル所腫瘍細胞浸潤闖入シ筋束ハ爲メニ萎縮ノ狀態ニ在リ然レモ腔部外下側ハ結締織ニ富ミ之レト胞巢トノ境ハ比較的明カナリ該結締織中血管ノ擴張セルヲ見ル

(丙) 中等大—强膨大ノ所見

各胞巢ヲ窺フニ其形何レモ多クハ廣大ニシテ長ジ之レヲ形成セルモノハ扁平上皮細胞ニシテ其元形質ハ淡赤色ニ其核ハ濃紫色ニ染マレリ各細胞ニ付キ仔細ニ檢スルニ大小甚ダ不定ニシテ多クハ其形不規則ノ骰子形ヲナシ核ハ圓形乃至卵圓形ノモノ多ク其大部分ハ何レモ胞狀ヲナシ微細ノ顆粒狀ヲ呈シ濃染セル核小體ヲ其中ニ存ス其位置ヤ核ノ中心ニ在ルアリ或ハ偏在スルアリ概シテ胞巢ノ中心ニ近ク位置スルモノハ其周邊部ニ在ル往々圓柱狀骰子形ナルニ反シ大ニシテ扁平、其或モノハ異常ニ膨大シ顆粒狀ヲ呈スル圓形乃至卵圓形ノ核ト核小體ヲ有シ宛然魚鳥ノ眼ヲ見ルガ如シ其他本標本ニ於ヒテハ一二ノ異型的核分剖像ヲ認ムルモ棘細胞ハ之レヲ認メズ胞巢中央化角セル部ヲ鏡檢スルニ大ナル扁平表皮

ニ向ヒテ旺盛ナル發育ヲナシ本標本ノ殆ンド全部ヲ占メ只子宮膣部ノ外下部ニノミ未ダ腫瘍細胞ノ浸潤セサル淡赤色ニ染マレル結締組織ヲ殘スノミ筋層ノ如キハ腫瘍組織浸潤ノ爲メ痛ク壓迫萎縮ヲ蒙レリ上記腫瘍組織中ニハ所々赤キ小點ヲ認ム子宮外口部ニ一致シ上記異狀ナキ結締織ノ中ニ一ツノ小豆大ノ略ボ圓形ヲナセル腫瘍細胞ノ堆積竈ヲ見ル之レ亦濃紫色ニ染マリ竈内細微ノ小點ヲ所々ニ認ム

(乙) 弱鏡下所見

粘膜層ハ到ル所粘膜組織ノ缺損ヲ示シ腺管腺管ヲ認メズ普ク紫色ニ染マリタル細胞ノ胞巢狀團變ヲ見ル、各胞巢ハ相密接シテ胞巢間質結締織ニ乏シ然カモ各胞巢多クハ其中央ニ圓形乃至不正形ノ帶黃赤色ヨリ赤色ニ染マリタル化角部ヲ包有スワン、ギーソン氏染色液ニテ染メタル標本ニ就テ此ノ部ヲ見ル時ハ全ク濃黃ニ染マレリ即チ之レ肉眼的所見ノ欄ニ記セシ赤キ小點ナリ表面中央燒灼セル所眞赤ニ染マリタルモノハ之レ血液ノ堆積重疊セルモノ主ナリ腫瘍組織中所々ニ血管ノ橫斷面ヲ見ル何レモ著シク其壁ノ肥厚ヲ來シ殊ニ表面ニ近キ所ニ於テ此ノ變化甚シトナス上記小豆大ノ腫瘍細胞堆積竈モ亦多ク廣大ニシテ主ニ長形ノ

烈シ

摘要

本例ハ主トシテ子宮頸管ニ廣延シタル癌腫ニシテ本標本ハ只其病竈ノ一部ヲ示スニ過ギザレ𪜈其細胞等ノ性狀ニ就テ考フル時ハ全ク膣部ニ發生シタル純然タル扁平上皮細胞癌ナルヲ知ル可シ即チ(一)癌胞巢ヲ形成スル腫瘍細胞ハ概シテ扁平ナルコト(二)胞巢ノ表面ニ對シ直角ヲナシテ深部ニ向ヒ延長發育セルコト(三)各胞巢内ニ葱根塊狀ノ層疊ヲ示ス癌珠ヲ有スルコト(四)間質中圓形細胞浸潤ノ著明ナルコト等ノ理由ニヨリテ其扁平上皮癌ノ純粹ナルコトヲ知ル可ク隨ツテ膣部層疊上皮細胞ヨリ發生シタルモノト認メテ萬誤ナカルベシ

所見總括

六例中第六例ヲ除クノ外第一例ヨリ第五例ニ至ルマデ其腫瘍細胞ハ強弱ノ差ハアレ何レモ圓柱型ヲ有スル而シテ第一例ハ最モ此ノ圓柱狀細胞ニ富ミ以下順次其程度ヲ減ジ第五例ニ在リテハ胞巢ノ外層ニ於テ僅カニ之ヲ認ムルノミ、就中第一例第二例及ビ第三例ハ其上皮細胞ノ性狀最モ相類似シ何レモ圓柱狀細胞ノ不規則ニ胞巢内壁上ニ置カレ然カモ多角骰子形細胞ヲ相混ジ何レモ癌珠ヲ含マズ且

細胞ノ求心性ニ相層疊壓迫セルモノニシテ恰モ葱根塊狀ノ層疊ヲ示シ此ノ層疊著明ナルモノト然ラザルモノトアリ核ハ多ク半月狀ヲナシ或ハ崩レタル不規則ノ小片トナルニアリ已ニ其全ク化角セシ所ハ核ヲ認メズ以上ノ化角部ハ所謂表皮癌珠ヲ形リ此ノ癌珠組織中及ビ其周圍ニ多ク圓形細胞ノ浸潤セルヲ見ル胞巢間質結締織ニハ到ル所濃染セル圓形細胞ノ浸潤ヲ來セリ子宮膣部層疊扁平上皮細胞ニシテ其頸管粘膜ノ圓柱上皮ニ近キ部ハ其固有ノ細胞序列ヲ稍々亂シ其基礎細胞ハ直下結締織內ニ向ヒテ乳嘴狀ニ增殖進入シ核ハ大ニシテ濃染ス而カモ正ニ其移行部ニ相當スル所ニ在リテハ急ニ其增殖闘入ノ度ヲ逞ウシ其胞巢多クハ長クシテ肉叉狀乃至樹枝狀ヲ爲ス各胞巢ハ殆ンド皆ナ層疊體癌珠ヲ有シ間質最モ狹クシテ圓形細胞浸潤アリ當該部ハ即チ前記ノ小豆大ノ腫瘍細胞堆積竈ナリ之レト頸管部ノソレトハ相連絡シ其附近圓形細胞浸潤著シク且ツ最モ血管ニ富ミ其壁著シク肥厚シ中ニハ管腔ヲ失フモノアリ何レモ其中ニ多少血球ヲ有ス燒灼部ニ於ケル血管ハ何レモ血球ヲ以テ充滿シ周圍圓形細胞滲潤强ク組織ハ燒灼ニ由リテ一部壞死頽敗ヲ示ス筋束ハ壓迫萎縮ノ狀態ニ在リテ甚シク瘦削シ筋破裂狀束間罅隙ヲ生シ筋纖維束間結締織モ亦圓形細胞及ビ扁平上皮細胞ノ浸潤

頸管粘膜ハ第一例ニ於テ頸管上半部ニ第二例ニ於テ頸管上部ノ一小部ニ之レヲ存シ擴張及上皮增殖ヲ示ス腺管ヲ有スルモ爾他ノ例ニ在リテ全ク粘膜層ヲ缺如ス

結論

(第一)膣部癌ノ種類ニ、今回余ノ研究セル六例ノ中上述ノ如ク第二例以下ハ扁平上皮細胞癌ニシテ只第一例ノミファイト氏ノ所謂「エロジオン」性腺ヨリ發生セシ一種ノ癌腫ナリ之レニ由リテ之レヲ見レバ余カ成績ハ山極―大槻兩氏所說ニ符合シ已ニ史乘記載ノ膣部癌中圓柱上皮細胞癌ニ比シ扁平上皮細胞癌ノ最モ多キヲ占ムルテフコノ余ヲ欺カザルコヲ知レリ然リ而シテ以テ扁平上皮細胞癌トナス可キ性(一)癌胞巢ヲ形成スル腫瘍細胞ノ扁平トナルコト(二)各胞巢内ニ葱根塊狀ノ層疊ヲ示ス癌珠ヲ有スルコト(三)間質中圓形細胞浸潤ノ著明ナルコトノ性ヲ悉ク供ヘシハ唯第六例ノミ他ハ何レモ此種ノ癌ノ正型ヲ保タズ殊ニ第二例ノ如キハ腫瘍細胞概子圓柱狀ヲ呈シ一見扁平上皮細胞癌タルコヲ疑ハシムル程ナリ第一例ハ上述ノ如ク一種ノ圓柱細胞癌ナリ

(第二)膣部癌ノ發生余ノ調査研究セシ六例ハ皆其初期ニアラズシテ何レモ病機大

又第一例ハ他ト異ナリ何レノ胞巢内ニモ扁平上皮細胞ヲ示サズ只圓柱狀ノモノト多核骰子形ノモノヨリナルヲ認ム玆ニ於テカ第一例ハ他ト全ク其種類ヲ異ニシ純然タル圓柱上皮細胞癌ト見ル可シ

之レニ反シ第二例第三例ハ何レモ多少ニ係ラズ特異ノ扁平上皮細胞ヲ有シ第二例ヨリ第六例ノ標本ヲ順次比較鏡檢スルキハ圓柱狀上皮細胞ハ漸次其數ヲ減ジ固有ノ扁平上皮細胞ヲ增スコヲ知ル可シ換言スレバ第二例ハ最モ圓柱狀ヲナス上皮細胞ニ富ミ最モ特有ノ扁平上皮細胞ニ乏シク第六例ハ最モ扁平上皮細胞ニ富ミ圓柱狀ノ上皮細胞ハ殆ンド認メザル程ナリ然リ而シテ其扁平上皮細胞ハ第二例ニアリテハ只外口部ニ僅カニ、第三例ニアリテハ主トシテ頸部下半部ニ、第四例ニアリテハ主ニ上半部ニ、第五例ニアリテハ全部ノ胞巢中心部ニ、第六例ニアリテハ至ル所皆之レヲ認ム以上ノ事實ニ由リテ第一例ヲ除ク外ハ皆同一種類ノ癌腫ニテ即チ扁平上皮癌ナリ而シテ第二例ヨリ第六例ニ至ル迄ハ皆多形—多核白血球ノ集簇ヲ認メ化膿性病機ヲ示ス就中第二例ハ之レヲ只子宮外口部ニノミ認ムレモ他四例ハ至ル所ニ之レヲ認ム又癌珠ハ第四例ニ於テハ所々僅カニ認メ第六例ニ在リテハ至ル所之レヲ存ス

頸管粘膜ハ第一例ニ於テ頸管上半部ニ第二例ニ於テ頸管上部ノ一小部ニ之レヲ

山極、　癌第一年第一冊第二冊；
山極、　胃癌發生論，明治三十八年；
Hansemann, Die mikroscop. Diagnose d. bösartige Geschwülste；
Ziegler, specielle pathologische Anatomie II Bd；
Stöhr, Gewebelehre；
Kaufmann, Lehrbuch d. speciellen pathol. Anatomie.

○肺癌ノ種類。附其ノ發生上ノ二三ノ注意

(Ueber die Arten des Lungenkrebses nebst einigen Bemerkungen zur Histogenese desselben). —第十圖板第一—第三圖—

東京病理學教室助手　醫學士　川村麟也

○序論

學者ノ統計ニ徴スルニ肺臟ハ子宮胃食道等ニ次ギ屢々癌腫ヲ發生セシムル臟

ニ進ミ已ニ粘膜層ダモナキヲ以テ素ヨリ之ガ原發生母地狀態等ヲ知ルコト殆ンド不可能ノコトニ屬スルヲ深ク遺憾トスル所ナリ然レ𪜈癌ノ多クハ其發育經過中大體母組織ノ性狀ヲ保持スルガ故ニ其ノ性狀ニ徵シ發生母地ヲ察スルコト必ラズシモ難キニ非ラズ卽チ第一例ニ在リテハ胞巢ニハ一ツトシテ管腔ノ如キモノヲ認メズ而シテ胞巢內細胞ノ性狀ハ夫ノ「エロジオン」腺ヨリノ圓柱細胞癌ニ一致スルヲ以テ恐ラク「エロヂオン」腺頸部ヨリ發生セル者ト認ムベキカ次ニ大多數ヲ占メタル扁平上皮癌中第六例ノ膣扁平上皮層ヨリセルハ是亦疑ヲ容レズ第二第三第五例ハ恐ク膣部扁平上皮ト圓柱上皮トノ移行層ヨリ發生セル者ト認スベキカ、又第四例ニ在リテ上半部ニ癌珠及扁平上皮ヲ見下半部ニ之ヲ見ザルハ頸管粘膜圓柱上皮ヨリノ化生ニ由來セル者ト謂フヲ當レリトセンカ、

終ニ臨ミ恩師山極博士ノ懇篤ナル指導ヲ垂レラレシヲ鳴謝シ尙標本ヲ惠與セラレシ吾妻博士ノ好意ヲ謝ス

Litteratur.

Veit, Handbuch d. Gynäcologie III. Band II. Hälfte;

Ribbert, Geschwülstlehre. 1904;

予ハ昨年一月ヨリ本年四月ニ至ルマデ當教室ニ於テ五例ノ肺癌ヲ實驗スルノ機會ヲ得タリ何レモ其ノ變化進捗シオリ其ノ發生上ノ問題ニ就テハ何等闡明スル所ナク唯其ノ癌腫細胞型ニ據リ如何ナル部位又ハ如何ナル上皮細胞ヨリ發生セシカヲ想像シ得ルニ過ギズ然レドモ前述ノ如ク肺上皮細胞ハ其ノ解剖的位置ニ隨キ形態的ニ種々異ナル如ク其レヨリ發生セル癌腫細胞モ又千差萬別ナリ故ニコレヲ形態學上ノ見地ヨリ研究スルモ必ズシモ徒勞ニ屬セザルヲ信ジ茲ニコレヲ記述セント欲スル所以ナリ

○實驗例　第一

患者　增村某　男性　五十一歲

症狀トシテハ患者ハ肺結核ノ診斷ノ下ニ手當テセラレオリタル丈知ルヿヲ得タルノミ

○剖檢所見

明治四十年六月九日午前十一時死亡

同　十日午後三時解屍

解剖的診斷

器ニノ全身諸臟器癌腫中肺癌ハ Redlich 9.2% Feilchen 7.9% Ricchelmann 5.9% 山極 3.4% ノ多キニ達ス

抑モ組織發育上肺臟ニ於テ氣管枝氣管小枝及氣胞ヲ被覆スル上皮細胞ハ其ノ根元コソ同一ナレモ發育經過中分化ヲ重子層疊或ハ單層纖毛上皮細胞及呼吸上皮細胞ヲ將來セリ尙氣管枝壁中ニ包含セラルヽ混合腺及氣管分岐部及肺門附近ニテハ、發育ノ際其ノ連絡ヨリ離斷セラレ迷芽セル上皮細胞群ノ存在スルコトアリカクノ如ク種々ノ上皮細胞ハ各癌腫形成ノ母地トナルコヲ得ベシ故ニ其ノ出來上リタル癌腫ハ各母細胞ノ性狀ニヨリ圓柱細胞腺腫性細胞多角形腺細胞又ハ扁平上皮細胞型ヲ取ル成書ニ據レバ圓柱細胞型最モ多ク多角形腺細胞型ハ最モ少ナシ殊ニ扁平上皮細胞癌ノ發生ニ關シテハ Pässler ニヨレバ全肺癌ノ 32.2% ニ當リ肺氣胞細胞ノ化生及ビ迷芽上皮細胞ヨリ生ズルト云フノ外近來氣管粘膜上皮細胞ノ化生又稀レニ粘膜腺細胞ノ化生ヲ稱道スルモノアリテ學者ノ說未ダ一致セズ加フルニ吾人ノ實驗スル肺癌ハ其ノ病變ノ進ミオルモノ多ク隨テ必ズ先發的又ハ後發的ノ合併症ヲ伴フモノナルガ故ニ其ノ初期ニ屬シ其ノ發生ヲ研究シ得ベキモノハコレヲ僥倖ナル偶然ニ待タザルベカラズ

心嚢ハ纖維素ヲ混ズル帶黃色漿液一五〇、〇瓦ヲ含有ス內面ハ可ナリ强度ノ充血ヲ呈ス心臟ハ手拳ヨリハ稍大硬度ハ著シク弛緩ス左心室ハ內腔擴張シ中等量ノ液狀血液ヲ有ス筋肉ハ蒼白混濁ス僧帽瓣ハ閉塞線ニ沿ヒ纖維性ニ肥厚ス右心室ハ擴張シ脈脂塊ノ中等量ヲ有ス

脾臟一一、〇ー六、五ー二、〇仙迷大、表面ハ皺襞ヲ作リ硬度軟ナリ割面ハ一部ハ暗黑色一部ハ帶褐色ヲ呈シ脾質ハ軟ク質擦過スル刀及ニ附着シ來ル脾材ハ著明ナルモ濾胞ハ明カナラズ

腎臟左一二、〇ー六、〇ー三、〇仙迷、右一一、五ー六、五ー二、八仙迷大、被膜ハ剝離シ易ク硬度軟少數ノ蠶豆大ノ囊胞アリ割面ハ一般ニ褐赤色ヲ呈シ髓質ト皮質トノ界不明ナリ

肝臟二七、〇ー一三、〇ー五、〇仙迷大、硬度軟割面ハ一般ニ褐色ヲ呈ス蠶豆大ノ轉移結節アリ

胃ハ收縮シ粘液樣物ノ少量ヲ有ス粘膜ハ乳白色ニ混濁ス前壁ハ血性ニ滲潤シ又石盤色ヲ呈ス頸部諸臟器食道ノ中央部粘膜下層ニ三個ノ豌豆大ノ纖維性筋纖維腫アリ氣管粘膜ハ可ナリ强度ニ充血ス大動脈內膜ハ血性ニ浸染セラレ少數ノ脂肪變性斑アリ

上行結腸ニ櫻實大ノ硬キ結節アリ粘膜下層ニ位ス割面外部ハ纖維性內部ハ帶黃白色物ヨリナル大腸粘膜ハ可ナリ强度ニ充血シ石盤色ヲ帶ブ小腸粘膜ハ淋巴器着色ス

右肺ハ容積大硬度ハ一般ニ增加ス表面ハ滑澤ナリ下葉ハ帶褐赤色ナリ割面ニ於テ下葉ハ血量ニ富ム到ル所ニ氣管枝ニ沿ヒ暗黑ニ硬結セル所アリ氣管枝粘膜ハ充血ヲ呈シ氣管支淋巴腺腫脹セズ

○腫瘍及ビ其附近組織ノ肉眼的所見

腫瘍ハ鷄卵大ニシテ左肺下葉ノ前下部ヨリ橫隔膜面ニカケ占位シ前面ニ於テハ上端少シ絞レ肺實質ニ移行ス腫瘍ハ此面ニ於テ少シク高マリ橫隔面ニハヤヽ球

(一)左肺下葉ニ發生セル癌腫

(二)左肺胸膜下ノ散種

(三)肋骨肝臟上行結腸前縦隔膜淋巴腺及ビ左側氣管支淋巴腺ヘノ轉位

(四)出血性滲出性胸膜炎

(五)纖維性慢性氣管支炎

(六)慢性胃腸加答兒

(七)實質性腎臟炎

體格大骨格良羸瘦セル屍右ノ第七肋骨ニ其腋下腺ニ相當シ鶏卵大軟骨硬度ヲ有スル隆起アリ皮膚ハ移動シ得胸腔内ニ左六〇〇・〇瓦右一〇〇・〇瓦ノ血色ヲ帶ブル漿液性液體ヲ存ス兩肺癒着無シ右胸腔ニ於テ肋骨部漿液膜面ニ前上腫瘍ニ一致セル所ニ同大ノ腫瘍アリ硬度一部ハ軟一部ハ硬ナリ表面ニ凹凸アリ外部ノ隆起ト連絡ス左側第四肋間ノ内面ニ乳線ニ一致セル所ニ拇指頭大ノ腫瘍アリ硬度ハ硬ナリ尚灰白色米粒大ノ結節ハ肋骨ニ沿フテ存在ス肺部胸膜ハ可ナリ強度ニ充血ス前縦隔膜ニ鳩卵大ト多數ノ蠶豆大硬且ツ塊狀ナル腫瘍アリ左肺上葉ト癒着ス

塊ノ存在スル所アリ氣管枝粘膜ハ可ナリ強ク充血ス氣管枝淋巴腺ハ雀卵大ニ腫脹シ割面ハ灰白色ヲ帶ブ

○顯微鏡的所見

(肺胝部)—石盤色硬結セル所ハ「ヘマトキシリン」「エオヂン」標本ニ於テ肉眼的ニ觀察スレバ一般ニ淡赤色ヲ帶ビ同質樣ニ見エ帶赤紫色ノ周圍ニ鋭ク限界セラレザル斑狀又ハ索狀ノモノニテ周圍ヨリ鋭ク境サレ其中ニ紆曲セル淡赤色ニシテ其中央ニ小孔ヲ有スル血管ト黑褐色ヲ帶ブル炭粉末ノ散在スルヲ見ル尙殆ンド其中央ニ赤色ニ染マリ周圍ヨリ一部ハ狹キ空隙ヲ以テ離レオル所アリワイゲルト氏彈力纖維染色法ニテハ彈力纖維ハ多量ニ密邇シ前記赤色ノ場所ヲ中心トシテ周圍ニ放線狀ヲナシテ蝟集ス此硬結セル所ハ約二十錢銀貨大ニシテ周圍ノ紫色ニ染マリ濃赤色ノ壞死竈ヲ有スル腫瘍細胞群ニテ境サレ或ハ其間ヲ通リ周圍ニ波及シオル所アリ

硬結セル所ハ顯微鏡下ニテハ淡紅色ノ紡錘形結締織細胞ヲ有スル所ト赤色同質樣ニ見エ細胞ニ乏シキ所トヨリナル後者ハ其數遙カニ多ク彈力纖維ノ肥厚又ハ膨脹セルモノナリ尙暗赤色ニ染メル棒狀ノ核ヲ有スル平滑筋ノ束索ノ各所ニ

狀ニ高マレリ周圍ヘノ移行ハ多クハ散在性ナリ腫瘍上ノ胸膜ハ肥厚シ殊ニ瘢痕ヲ作リオル所アリ腫瘍ハ此胸膜ヲ破リ露出シオル所モアリ斑點狀ニ黑色ヲ帶ブル原組織中ニ灰白色物ヲ透見ス前面上端ノ絞レタル所ハ恰モ胸膜下ニ存在セル腫瘍塊ニ一致ス割面ハ上方ニ黑色ヲ帶ビ石盤色ニ硬結セル所アリ中央ニハ帶褐灰白色又ハ灰白色ノ病竈アリ血管ノ斷面ハ肥厚セリ中央部ニ內方ヨリ外方ニ走レル血管アリ前上石盤色硬結セル所ノ一部ハ此血管ヲ圍ム所アリ尙ホ其中ニ灰白色ニ見ユル物アリ中央ヲ走ル血管下部ノ組織ハ一部分ハ灰白色胞巢狀ヲ呈シ一部分ハ帶赤ニシテ硬ク他ノ一部分ハ緻密同質樣ニ見ユル所アリ其間ニ胞巢狀構造ヲ有スル肺實質アリ周圍ノ肺組織ハ多少壓迫セラレタリ氣管支ノ下葉ニ趣クモノハ六七個ノ交互性分枝ヲ出ダシタル後チ全ク閉塞シ前上ノ胼胝樣物ニ移行ス

肺實質ハ一般ニ氣腫狀ヲ呈シ分葉間組織ニ色素多ク沈着ス胸膜下組織ハ硬キ粟粒大ヨリ豌豆大ノ灰白色ヲ帶ブル轉移結節ヲ撒布ス下葉ノ腫瘍附近ニ割面ハ楔狀ヲ呈スル黑色ノ淋巴腺ヲ含有スル轉位結節アリ胸膜ハ一般ニ肥厚ス上葉ハ不完全ナル双葉ニ分レタリ上葉ノ一ケ所ニ扁平ノ拇指頭大灰白色ヲ帶ブル腫瘍

有シ核染色質ニ乏シク赤染セル核仁ノ一ッ二ッヲ有ス原形質ハ淡赤染シ全ク透明ニ見ユル所アリ細胞ノ形狀ハ多角形ナルガ不規則ノ形狀ヲ取ルモノアリ小ナル胞巢ハ三四個ノ細胞群又ハ二列ニ並列シ稍々骰子形ナル腫瘍細胞ヲ有スルモノヨリ數十個ノ細胞數ヲ有スルモノアルガ大ナル胞巢ヲ形成セズ而シテコノ胞巢ハ前上壞死部ノ周圍ニ其數多ク且ツ著シク同質樣硝子樣ニ化セル處ニハ其數少ナク又著シク發育セズ胞巢中ノ極少數ハ其中央ニ腔ヲ有スル者アルガ其ノ形狀不規則ナリコレ等ニ介在シ黑染シ腫瘍細胞核ヨリ遙カニ小ナル又平等大ノ核ヲ有スル短柱狀細胞ノ一列ニ並ヒ空隙ヲ圍ムモノアリコレ已存ノ肺氣胞又ハ小氣管枝ニ屬スベキモノナリ腫瘍細胞群ノコノ空隙中ニ進入シ短柱狀細胞ノ上ヲ層疊被覆スル所アリ遂ニ全クコレヲ充塡スルモノアリ然レドモ其基底短柱狀細胞ヲ認ムルコトヲ得腫瘍細胞巢ハ前上既存ノ腔間及ビ肥厚セル血管ノ周圍ニヨリ多ク密在ス血管內膜中ニ進入シソコニ胞巢ヲ作爲シタルモノアリ圓形細胞ハ孤在性ニ又集團性ニ胞巢ヲ圍繞シオル所アリ石灰沈着ヲ胼胝部纖維又ハ胞巢中ニ認メ得ル所アリ

肉眼的顯微鏡的檢查ニ基ヅキ余ハ肺組織ノ胼胝樣ニ肥厚セル部ハ必ズ腫瘍發

存在スルヲ見ル黒褐色炭末ハ圓形又ハ多角ノ顆粒トシテ單獨又ハ相集マリテ散在シ尚細胞中ニ存在スルモノアリ血管壁ハ何レモ肥厚シ赤色同質様ニナリ管壁ハ狹小トナリ甚シキハ閉塞セルモノアリ彈力纖維内膜ハ他ノ彈力纖維ノ如ク膨大シ赤染スコノ胼胝部ノ中心ニ當ル所ハ赤色ヲ帶ビ顆粒狀ヲ呈シ黒褐色ノ炭末ト核染色質ノ破片ノ多數ヲ有ス尚多クノ直線狀ノ空隙アリ脂肪針結晶ナリ

強廓大ニテハ赤色ノ顆粒中ノ多クハ圓形ヲ呈シ腫瘍細胞ノ壞死ニ陷リ尚其形チヲ持チオルモノアリ其ノ他小孔ノ如キモノアリ之レハ脂肪球ナリ周圍トノ關係ハ其一半ハ鋭ク前上ノ硬結セル組織ト堺シオルモ他ノ一半ハ大部硝子樣變性ニ陷レル平滑筋纖維ニ瀰蔓性ニ移行シオル所アリ殘リノ部分ハ緻密ナル尚生存セル腫瘍細胞巢ヲ有スル組織ニ移行シ殊ニ腫瘍細胞ハ變性ヲ呈シツヽ漸次前上壞廢物中ニ入ル數多ノ連續切片ヲ作リ檢セシニ前上壞廢物塊ヨリ二三ノ突起ヲ周圍ニ出ダシ同樣ノ顆粒物ヲ以テ滿タシ其周圍ニハ尚生存セル腫瘍細胞ヲ存スル所アリコレヲ圍ミ平滑筋束ノ走リオル所アリ黒褐色ノ炭末ハ其周圍ニ密在スル胼胝部殊ニ中央壞死部ノ附近ニアル腫瘍細胞ハ胞巢ヲ作リ周圍ノ結締織纖維ト比較的鋭利ニ分隔セリ腫瘍細胞自身ハ胞狀ノ多クハ圓形多少大小不同ノ核ヲ

疑ナシ然ラバ如何ナル種類ニ屬スベキカコレヲ確定センニハ肺胝部周圍及他ノ轉移ヲ檢索スルヲ要ス

（肺胝部以外ノ腫瘍組織）―「ヘマトキシリン」「エオヂン」染色法ニテ帶赤深紫色ト帶紫深紅色及ビ紫赤色ニ染マル所アリテ錯雜ノ色彩ヲ呈ス大部分ハ中間ヲ走ル血管ヲ挾ミテ存在シ周圍ノ淡紅紫色乃至ハ深紅色ニ染色セル肺組織トハ可ナリ銳利ニ境ス其ノ外獨立シテ極メテ銳ク周圍ヨリ境界セル紫赤色染セル大ナル癌細胞束群ト各處ノ血管ヲ圍ミ紫赤色染セル腫瘍細胞ノ存在スル所アリ中間ヲ走ル血管ハ動脈管ニ屬シ內膜ハ稍肥厚シ內腔ノ擴張ヲ呈スル所アリ其ノ裡ニ腫瘍細胞ノ栓塞アリ腫瘍細胞ハ大部分壞死ニ陷リ且ツ多數ノ多核白血球ト破壞セル核染色質ノ爲メニ汚穢紫赤色ヲ呈ス

腫瘍細胞ハ充實セル癌束又ハ胞巢ヲ作リ相互ニ連續セル所アリ又一列又ハ二列ノ小癌束ヲ派出シオルモノアリ癌束ハ未ダ變性ニ傾カザルモノト外中心ノ既ニ壞死ニ陷リ全ク顆粒樣同質赤色ニ染マリオルモノ甚シキハ全癌束ガ同樣ノ變性ニ陷リ稍々大ナル塲所ヲ占ムルモノアリ腫瘍細胞ハ一般ニ原形質ニ富ミ核染色質ノ多量ヲ含有シ黑染色ヲ呈ス內ニ有核仁ヲ認ムルコトヲ得其ノ排列ハ胞巢

生前ニ存在セルコトヲ確信ス何ントナレバ肥厚セル結締織組織ハ其ノ古キ證トシテ既ニ硝子樣變性ニ陷リオリ腫瘍細胞ハシカモ此部ニハ少ナシ腫瘍組織ノ最モ善ク發生セル所ハ稍々緻密ナルモ尙細胞ニ富ム結締織組織ニシテシカモ其溪谷部ニ當ル腫瘍胞巢周圍ノ圓形細胞ノ滲潤ハ腫瘍細胞ト同時代ノモノニシテ之レノ爲メノ反應炎症ト見做スベキモノナリ而メ此胼胝樣組織ハ前上壞死部ヲ中心トシテ集合セリ然ラバ此壞死部ノ本體如何肉眼的ニハ護謨腫ノ如ク見ユ顯微鏡的檢査ニテハ果シテ護謨腫カ又ハ壞死セル腫瘍細胞群ノ集團ト見做スベキカ斷定シ難シ然レドモ脂肪針結晶ノ作成ハ其ノ變性ノ急速ニ行ハレザルノ證ナリ而メ連續切片ニ徹スルニ之レヨリ壞死組織ノ分枝セル工合及其ノ分枝ノ周圍ニ筋束ノ圍繞シオリ炭末ノ簇在スルハ何等カノ管腔ヲ有スルモノニ相當スベシ血管カ又ハ氣管枝管カ連續切片ニ於テコレノ血管ニ連續スル所ヲ發見セズ又筋束ノ工合ハ之レニ反ス故ニ氣管枝管ナルコヲ信ズ而メ其方向ハ前上肉眼的ニ閉塞セル氣管枝ニ當ルヲ以テ直接ノ續キカ又ハ其分枝ナルコトヲ信ゼントス故ニ其病原ノ何タルヲ論ゼズ氣管枝壁ノ肥厚ノ閉塞ニ基セル硬結壞死ニ外ナラザルベシ腫瘍細胞ノ性質ハ如何其胞巢ノ周圍ト銳利ニ分割スルハ癌腫細胞ナルコトハ

ク肺氣胞ニ一致シオリ稍大ナルモノニ至リ初メテ周圍ニ壓迫ヲ加フルニ至レルナリ隨テ肺氣胞即チ癌胞巢ハ周緣ニハ橢圓形又ハ紡錘形ノ核ト良染セル原形質ヲ有スル圓柱細胞ヨリナルモ內部ニ進ムニ從ヒ核及ビ原形質共ニ其染色度弱クナリ形チモ多角形ニナリ遂ニ扁平形ヲ取ルモノアリ孤在性ニ核ヲ失ヒ壞死ニ陷レル細胞ヲ有ス其他尙コーン氏空隙ヲ通リ一ツノ氣胞ヨリ他ノ氣胞ニ癌細胞ノ進入シオル處アリ間質即チ肺氣胞壁ハ一般ニ纖維性ニ肥厚シオリ擴張セル細管又ハ小血管ハ血球ヲ以テ充タサルコノ塲處ニ相當シ乾酪變性ノ行ハレオル處アリ汚穢紫赤色ニ化シ壞死細胞ノ原形質ニ粉碎セル核片及ビ多核白血球ヲ有スルモノト其間ニ間質又ハ氣胞壁ノ痕跡トシテ赤紫色ニ染色セル纖維組織トヨリナル「オルガン、ミツクリー」ノ塲處ヲ除キ癌胞巢ノ存在セル處ハ間質ハ一般ニ纖維性ニ肥厚シ圓形細胞ノ滲潤ヲ伴フ尙少數ノ石灰沈着アリ

以上ノ諸像相混在シ種々ノ色彩ヲ呈スルモ其周圍ニ向テハ多少浸潤性ナル所アルモ多クハ擴大性ニシテ周圍ノ組織ハ受働的ノ位置ニ立チオルモノナリ肺組織ハ肺氣腫樣ヲ呈シ其壁ノ肥厚シオル所モアリ其內容トシテハ白血球ト剝離セル氣胞細胞ヲ以テ充タス處ト肺水腫液內蛋白質ノ凝着ヲ見ル所アリ又處ニヨリ

ノ周縁ハ短圓柱形ヲ取リ原形質ハ著シク好染ス内部ニ進ムニ從ヒ細胞形ハ漸次多角遂ニ扁平トナリ原形質ノ染マリ方ハ多少淡クナリ核ノ染色素モ減小シ淡染スルニ至ル核ハ細胞ノ形チニ從ヒ周縁ニテハ紡錘形トナリ核モ他ノ部ヨリ好ク染色ス中央ニ進ムニ從ヒ核ノ多クハ圓形又ハ橢圓形ナルモ不規則ノ形ヲナスモノアリ其ノ大サモ同一ナラズ核染色モ周縁部ヨリ淡シ小ナル癌束ニテ其中央ニ赤染セル小塊ヲ有スルモノハ恰モ癌珠ノ如キモ精査シ又ハ特別ノ染色法ニヲハ細胞ノ壞癈セル無結晶物ナルコトヲ證明スルヲ得タリ大胞巢ヨリ分枝セル小癌束ハ核及ビ原形質共ニ濃染セル紡錘形又ハ橢圓形ノ核ヲ有スル形ノ細胞ヨリナル胞巢ノ小ナルモノニシテ其間質增加ノ爲メニ纖維性癌ノ像ヲ呈スル所アリ

其他癌胞巢ヲ作成セル細胞ハ不規則トナリ核及ビ原形質ノ染色モ惡シクナリ核ヲ失ヒ壞死細胞ヲ混ズルモノアリテ前上ノ顯著ナル者ニ比シ著シク差アル如シト雖モ何處ニモ其中ニ腔ナク又持續的ニ以上ノモノニ移行スルヲ以テ矢張リ同樣ノモノニシテ慢性ノ變性ニ陷リツヽアル者ト見做スコトヲ得ベシ

前記血管ノ周圍ニ氣腫性ニ擴張シ又ハ癒合セル肺氣腫ニ相當シ癌胞巢ヲ見ルヿハ肺癌ニ於テ屢實驗セラルヽ「オルガンミクリー」ナリ其初メノ者ニ於テハ全

種類ニ編入ス可キモノナルカ何レヲ見ルモ胞巣内管腔ラシキモノ無ク(大ナル壞死叢ノ附近ノ二三ヲ除キ)全ク實性ノモノナリ其ノ細胞ノ並列ハ著シキ所ニテハ層疊扁平細胞ニ等シク周緣ニテハ圓柱形中心ニ進ムニ從ヒ多角形遂ニ扁平トナル且ツ其直接ノ連續トシテノ小ナル癌束ハ紡錘形細胞ヨリナリ恰モ皮膚ニ於テ見ル化角セザル癌腫即チクロンペツヘルノ基底細胞癌 Basalzellen Krebs 或ハボルマンノ Coriumcarcinom ヲ見ルノ感アラシムシカモ之ハ皆初期ノ像ニシテ其進ミタルモノハ種々ノ形狀ヲ取ルハ決シテ怪ムニ足ラズ精密ナル鏡檢モ明カナル棘細胞及ビ癌珠ヲ發見スルコト能ハズ又ハ表皮細胞纖維ヲ實驗セズ然レモ此等ノ完備セル像ハ必ズシモ凡テノ場合ニ來ルモノナラザルヲ考フレバ予ハ其胞巣發育初期ノ像及ビ自由ニ增殖シ得タル肺氣胞內ノ像ニ於テ細胞ノ性狀及ビ排列ニ重キヲ置キ之ヲ非化角性表皮癌ニ加ヘントス

其發生母組織ハ如何吾人ハ之ヲ明言シ難シト雖モ大部分ノ癌胞巣ハ繼發性ノモノニシテ肺以外ノ轉移ト同樣ニ淋巴管又ハ血管ヲ介シテ入リ來リ增殖セルモノナリ然ルニ腫瘍ノ中央ト思ハル、胼胝部周圍癌細胞ハ其ノ性狀及ビ排列ハ前上記載ノ癌細胞ト異ナリ寧ロ殘存ノ氣管枝又ハ氣胞上皮細胞ノ尙其定型的性質

テハ其中ニ出血シオル所アリ之レ等ノ組織中ニ存在セル血管又少數ノ氣管枝ハ其ノ壁多少肥厚シオリ其ノ周圍ノ淋巴腔ニ相當シ癌胞巢ヲ見ル所アリ層疊扁平細胞ノ像ヲ呈ス此際其ノ淋巴管内被細胞ノ增殖ハ實驗スルヿ能ハズ

(腸管肝臟ノ轉移竈及ビ食道粘膜ノ纖維性筋纖維腫)——腸管及ビ肝臟ノ轉移竈ハ共ニ實性癌胞巢ヨリナリ小ナルモノハ楕圓又ハ紡錘形ヲ有スル核染色質及ビ原形質ニ富メル癌胞巢ヨリ成ルモ此レガ大クナルニ從ヒ核及ビ原形質共ニ明ラカニナリ形狀モ多角トナリ其中ニ壞死細胞ヲ混ズルモノ又核ノ水胞性變性ニ陷リ原形質ノ深紅色ニ染マル變性細胞ヲ生ズルノ外全ク溺蔓性ニ壞死ニ陷リオル所アリ間質ハ纖維性ニシテ圓形細胞ノ浸潤アリ肝臟ニ於テハ一部分粘液樣變性ニ陷レル所アリ

纖維性筋纖維腫ハ大部分平滑筋纖維束ヨリナリ其中ニ不規則ニ一列又ハ二列ヲナシ或ハ數個集リタル多角形細胞ヲ容ル其胞狀ノ核原形質ニ富ムノ點ヨリシテ前ノ癌細胞ト同一ニシテ從テ轉移ト見做スベキ者ナルヲ知ル

○考按

以上ノ所見ニヨリ腫瘍細胞ノ癌細胞ナルコト疑無シトス偖テ然ラバ如何ナル

患者飯泉某、女性、六拾七歳、商人ノ妻

既往症

患者ノ兩親ハ腦溢血ノ爲メ高齢ニテ斃レタリ患者ハ幼少ヨリ健全ニシテ二拾歳ニテ結婚シタルガ夫ハ肺結核ニテ死去セリ二拾歳ノ時痲疾ヲ患ヒタルガ梅毒ノ徴候ナシ七人ノ子供アリシガ中三名ハ生後間モナク死亡シ他ノ一人ハ「ジフテリア」ニテ斃レタリ四十八歳ニテ月華閉鎖期ニ達セリ五拾歳ノ時全身倦怠惡寒熱發アリ咳嗽喀痰ヲ伴ヒタルガ拾五日間醫療ヲ受ケシ爲メニ治癒セリ其ノ後時々咳嗽喀痰アリ五拾歳ノ時重キ呼吸困難ヲ呼出時ニ患ヒ同時心悸動アリ以來每冬期一回コノ發作アリ三拾九年三月ニ亦發作アリテ一日持續セリ患者ハ飲酒家ナラザルガ適度ノ喫烟家ナリ

現症

本病ノ起リハ三十九年六月八日ノ夜重キ呼吸困難ト心悸動ヲ得翌日迄續ケリソノ際頭痛及胸部ノ壓迫感覺呼吸促迫喀痰アリ顏面ニ浮腫ヲ生ジ漸次胸部及上肢ニ及ベリ九月以降頭靜脈ノ怒張左右上鎖骨窩部ニ淋巴腺ノ腫脹アリ嗄聲及ビ肩胛部ノ重荷感覺ヲ生ゼリシカシ嚥下困難ナシ

現狀

營養可良ナラズ中等大中等度ノ骨格ヲ有シ顏面ハ腫レ胸部ニ浮腫アリ頸胸腹部及上肢ノ皮下靜

ヲ保チテ增殖セル者ニ近キモノアリ彼ノ胞巢内ニ三ノ不規則ナル腔孔ハ尙閉塞セザルモノナリ然レ𪜈或ル胞巢ニテハ核及ビ原形質ノ染色等彼ノ表皮癌細胞ニ類スルモノアリテ其間ニ種々ノ移行ヲ認ムルコトヲ得故ニ此處ノ胞巢ノアルモノハ既存管腔ト見做スコヲ得ベシ故ニ恐クハ此邊ニアル小氣管枝又ハ氣胞上皮細胞ヨリ增生シ遂ニ癌腫性變性ヲ來タシタル者ナランカ蓋シ肺ノ硬結竈ニ於テ肺胞上皮乃至毛細氣管上皮ノ增生ヲ示スコアルハ吾人ノ日常實驗スル所ニシテ成書皆記載スル所タリ而メ其硬結壞死竈ノ本體ハ不明ニ屬スレ𪜈最モ似タル性狀ヲ有スル肺ノ護謨腫トスレバ前上肼胝組織ハ梅毒性肉芽組織ノ瘢痕ニ屬スベキモノニシテ一方ニハ其組織變化ノ原因ヲ闡明ナラシメ他方ニハ其慢性ノ刺激ハ遂ニ癌組織ヲ作爲スルニ至ルコトヲ稱スルヲ得ン若シ又壞死ニ陷リタル部ハ主トシテ腫瘍細胞群ナリトスレバ氣管枝內ニ增殖シ又ハ之ヲ中心トシテ周圍ニ生長セル腫瘍細胞ニ外ナラザルベシト雖モ夫ノ肼胝組織ハ曾テ行ハレタル何等カノ慢性炎症ノ結果ト見做スベキ者ニシテ癌腫發生前ニ存在シ其慢性刺戟ハ遂ニ癌細胞ヲ馴致セルモノナルコヲ稱道シ得可シ

○實驗例　第二

臨床的診斷　縱隔腫瘍

解剖的診斷

(一)右肺上葉ノ癌腫

(二)右側大氣管支及其ノ上枝内ニ腫瘍塊繼續的侵入

(三)兩側上鎖骨窩及氣管支淋巴腺ノ轉移

(四)右側肺動脈上大靜脈ノ壓迫性狹窄及腫瘍塊ノ後者内進入

(五)右肺殊ニ上葉ノ慢性纖維性氣管支炎及氣管支周圍炎

(六)兩肺ノ氣腫

(七)右側慢性癒着性纖維性胸膜炎

(八)心臟及肝臟ノ褐色萎縮

(九)右心室ノ單純性擴張

(一〇)全身諸臟ノ鬱血及浮腫

(一一)膀胱「カタル」

(一二)子宮腔部「エロジオン」

(一三)咽頭粘膜ノ「チアノーゼ」

脈ハ擴張ス(即チ外頸靜脈長胸部靜脈上下上腹部靜脈)呼吸ハ胸腹型ニシテヤヽ頻繁ナリ口唇ハヤヽ「チアノーゼ」チ帶ブ喉頭鏡ニテ見ルニ右ノ聲帶ハ麻痺セリ頸及左ノ上鎖骨窩ニ指頭大乃至鳩卵大ノ彈力性堅ノ腫瘍チ觸知ス胸廓ハ全ク左右平等ナリ肺チ打診スルニ胸骨ノ上部ニ濁音アリ後上方ニテ脊椎骨ニ近クヤヽ抵抗アリ聽診ハ到ル處乾性水泡音アリ右ノ後上部ニハ氣管支音チ聞ク腋下及鼠蹊部淋巴腺ハ豌豆乃至蠶豆大ニ腫脹ス尿ニハ變化ナシ

經過

十一月十日青山內科ニ入院セリ當時喀痰ハ全ク粘稠少許ノ血液チ混ズクルシュマン氏螺線體アリX光線ニテハ中央線ニ拳頭大ノ影像アリ下ハ心臟影ニ移行ス十一月二十二日頭ノ壓迫感覺部胃部ノ苦悶感覺ハ增惡シ顏面胸部ノ浮腫モ加ハリ食氣ナシ十一月二十六日氣分惡シク輕度ノ熱發アリ胸胃部ノ苦悶感覺ノ爲メニ食物及藥品チ取ルチ欲セズ滋養浣腸チ行フ十二月一日氣分ヤヽ恢復セリ尿ニ千分ノ一ノ蛋白アリ喀痰中ニ血液ノ少量アリ癌細胞ハ全ク孤在性ニ存在ス左方前上部チ打診スルニ短ニシテ呼吸音ハ粗雜全ク少數ノ小水泡音チ聞ク四十年一月十日ヨリ直立座チ取ル一月二十一日脊部ニ迂曲セル靜脈現ハル二月七日左ノ胸骨緣ニテ第二肋間ニ小兒手掌大限局性浮腫狀隆起チ生ズ二月九日以來呼吸困難增惡シ食道ニ狹窄感覺チ惹起シ兩側上肢ハ浮腫狀ニ腫脹ス四月八日右ノ頸部ニアル轉移淋巴腺ハ大サ及數チ增セリ途ニ五月三十日午前十一時ヨリ昏睡ニ陷リ脈搏微弱トナリ口唇ハ「チアノーゼ」チ呈シ午後一時三十分鬼籍ニ上レリ

○剖檢所見

四十年五年三十日午後一時三十分死

同　年同月三十一日午前十一時解屍

チ示ス所アリ動脈弓ハ腫瘍塊ノ爲メニ前方ニ壓迫セラル右方肺動脈ハ四方ヨリ腫瘍ノ爲メニ壓搾セラレ食道粘膜ニハ格別ノコトナシ喉頭入部粘膜ハ「チアノーゼ」チ呈シ咽頭及氣管粘膜ハ充血シ濃厚ノ粘液チ以テ被覆セラル左肺ハ水腫狀氣腫狀チ呈シ氣管支淋巴腺ハ腫脹セズ肝臟ノ實質ハ强度ノ萎縮チ呈シ褐色ナリ

○腫瘍及其ノ附近ノ肉眼的所見

右側氣管支ヲ後方ヨリ開クニ氣管支分岐部ハ上葉氣管枝ヲ分ツ所マデ强ク充血シ數多ノ小豆大迄ノ扁平狀隆起アリ粘膜ハ保存セラルヽヨリ約二仙迷離レ上葉氣管枝ハ破壞セラレ軟骨ヲ露出ス斑狀灰白腫瘍塊ニテ被ハル腫瘍ハ外ヨリ觸知スルニ鷄卵大ナリ數多ノ水平切斷ヲ加ヘ腫瘍塊及其附近トノ關係ヲ明カニスルコトヲ得タリ外面ヨリ固ク觸覺セルハ皆腫瘍塊ナラズ腫瘍塊ハ上葉氣管枝ノ上後方氣管ノ前面無名靜脈上大靜脈ノ後大動脈弓ノ右側方ニ渡ルモノニシテ上方ハ圓板狀ヲナシテ肺尖ノ後方ヲ充塡シ肺ト周圍ノ組織ノ間ニ表面不平坦ノ輪狀トナリ飛ビ出デオル腫瘍塊ノ一部ハ氣管ノ左側及左氣管支ノ左側ニ達シオル下方ハ中下氣管支ニ分レザル部分ノ後部ヲ走リ右方ノ肺動脈ヲ包含シコレヲ狹窄ニ陷ラシム尙下ニ行キ下葉氣管枝ニ沿フテ少許走リ肺靜脈ノ壁ニ沿ソテ存在ス

(一四)腹及胸腔内血性滲出液

(一五)右側慢性石灰性氣管支淋巴腺炎

體格小強度ノ削痩セル屍腹腔内ニ少量ノ血色ヲ帶ベル液體ヲ容ル胃ハ強ク下垂シ其ノ下端ハ恥骨縫合部ノ上一横指ニ達ス肝モ下降ス右ノ上鑽骨部ニ鳩卵大ニ腫脹セル淋巴腺アリ質ハ堅クメ表面ハ凹凸ヲ呈ス前縦隔膜淋巴腺ノ二三ハ蠶豆大ニ腫脹甚ダ硬シ左肺ハ縦隔膜側ニテ纖維性束右肺ハ後側部ニ於テ強ク纖維性ニ胸壁ト癒着ス右ノ胸腔内ニ輕度ノ渾濁セル血色染セル液二〇〇瓦ヲ存ス胸膜ハ到ル所強度ニ充血ス一ッノ轉移結節ナシ左側胸腔内ニモ同様ノ液ヲ容レ兩面ノ胸膜強ク充血ヲ呈ス右側氣管支ニ一致シ鴿卵大ノ堅固ノ結節アリ右側ニテハ右肺ノ前面ト連絡シ左方ハ大動脈弓ニテ被ハル

腫瘍塊ハ右肺心臟頸部諸臟器ト共ニ取リ出サル

心嚢液ハ黄色ニシテ透明ナリ心臟ハ相當大ニシテ明カニ弛緩ス右心室ハ多少擴張シ筋肉ハ萎縮シ帶褐色ナリ上行大動脈モ亦多少擴ガリ内面ニ脂肪變性(ウズール)及初期ノ硬變ニ陷リ高度ノ褐色ヲ帶ブ右前房ハ又多少擴張シ上大靜脈ハ其ノ開口部ヨリ少シ上ノ所ニ於テ腫瘍塊ヨリ圍繞セラレ狹窄テ呈ス其ノ一部ハ内膜ハ破レ血管腔ニ露出スル所アリコノ變化ハ無名靜脈ニ迄及ブ爲メニ解剖用消息子ハ辛フジテ通過セシメ得左心室モ擴張シ大量ノ凝血及脈脂ヲ容ル筋肉ハ萎縮シ帶褐色ナリ上行大動脈モ亦多少擴ガリ内面ニ脂肪變性(ウズール)及初期ノ硬變

痕跡トシテ二三ノ石灰化セル所アリ

○顯微鏡的所見

前上水平切斷面ノ上葉氣管枝ヲ包有セル部分ニ於テ一方ハ上大靜脈一方ハ氣管ニ接スル所ヨリ切片ヲツクリ鏡檢ニ附セリ

「ヘマキシリン」「エオジン」染色法ニテハ腫瘍組織ハ濃淡種々ノ度ヲ有スル紫赤色ニ染ミ深紅ノ結締織ニヨリテ大小種々ノ胞巢ニ分タル胞巢ノ大ナルモノハ其ノ中央ノ特ニ濃紫色ニ染マリオル所アリカクノ如キ胞巢ノ相密接シ全キ纖維組織中ニ封入セラレオルモノアリ間質中ニ特ニ多クノ黑色炭末ノ集團ヲ有スル處アリ氣管支及上葉氣管枝(破壞セラレタル處ヲ除キ)粘膜ハ肥厚シ紫赤色ノ腫瘍細胞ヨリナル胞巢ノ存在ヲ見ルモ皆小ナリ其ノ軟骨ハ外見上大ナル變化ヲ示サズ其ノ排列モ規則正シト雖モ破壞セル處ハ軟骨ノ排列モ不正ニシテ其ノ內面ヲ被フ粘膜組織ハ肥厚ヲ示スガ如シト雖モ剝離等アリテ十分ニコレヲ確ムルコト能ハズ各處ニ血管ノ橫縱斷面ヲ見其ノ周圍ニ腫瘍組織ノ存スル所アリ

(腫瘍細胞)—胞巢ノ大小ニヨリ腫瘍細胞ノ形狀及性質ニ種々アリ胞巢ノ小ナルモノ殊ニ粘膜層中ニ存在スルモノニ至テハ核及原形質ノ濃染セル紡錘形細胞ヨリ

而シテ腫瘍板ハ一―二仙迷ノ厚サヲ有シ肺門部ニ於テハ稍肥厚シコノ附近ニ於テ灰白色半透明ノ結締織ニ富ミ其胞巣内ニ白色又ハ帶黄白色ノ實質ヲ有ス尚前上結締織稍々少ナクシカシ明カナル胞巣ヲ作リオリ全體トノ周圍ヨリ限局セラレオル腫瘍塊ヲ認ム胞巣中ニアル實質ハ變性ニ陷リタル結果容易ニ脫落シ海綿狀ニナリヲル處アリ又炭色素ヲ含有スル氣管淋巴腺ノ殘餘ノ封入セラレオル處アリ右側ノ氣管淋巴腺ハ著シク腫脹シ胡桃大ニ達ス其ノ中ニ灰白色ノ腫瘍組織アリ孤立シ又腫瘍塊ト癒着シオル

上葉氣管枝粘膜ハ多少結節狀ノ腫瘍ヲ示ス外ニ著シキ充血ヲ呈ス全ク破壞セラレタル處ニ加ヘタル斷面ヲ見ルニコノ部ノ腫瘍塊ハ肺組織ト混ズル小結節ヨリナリ主ナル腫瘍ト著シキ連絡ヲ呈セズコレニ添フ肺動脈ハ腫瘍塊ニテ大部分取リ卷カレ且ツ大動脈基幹部迄連續的ニ腫瘍塊ニテ圍繞セラレオル腫瘍ニ接スル肺組織ハ爲メニ壓迫セラレ固クナリ其ノ內ニ灰白色ノ腫瘍組織ノ瀰蔓性ニ入リオルモノアリコレ外觀的鷄卵大ノ腫瘍ト觸レタル理由ナリ

他ノ肺組織ハ高度ノ浮腫ト氣腫ヲ呈ス上葉ニハ尚慢性纖維性氣管枝炎及氣管枝周圍炎ノ證トシテ點狀暗黑色ニ硬結セル處ヲ散見ス氣管枝淋巴腺ニ古キ結核ノ

ノ又コレニヨリ殆ンド專有セラレオルモノ又中央部ノミニ限ラズ中央部ヨリ周緣ニ達シオルモノアリ甚ダ稀ナルガ外層ニ於テ一ツノ細胞ガ粘液變性ニ陷リ周圍ノ細胞ヲ壓迫シ之ハ鎌狀ニナリオル處アリ核ハ發見セズ尙結締織ノ增殖ノ旺盛ナル處ノ胞巢ニテ全部多角形淡染細胞ヨリナルモノヽ中大ナル胞巢ノ外層中ニアル變性細胞ト同樣ノモノ個々生ジ遂ニ全クコレニテ占領セラレオルモノアリ

コノ細胞群ハ多クハ擴大性又ハ浸潤性ニ結締織間ニ發育スルモ、アルモノハ血管中ニ侵入シ定型的扁平細胞形ヲトルモノ胞狀ノ核ヲ有スル淡染細胞乃至ハ變性細胞トナリ血栓狀ニ管腔ヲ充塡シ又ハ赤血球ト混ジオルモノアリ尙血管外ノ淋巴管ヲ滿タシ其ノ一部ハ浸潤性ニ筋層ヲ侵害シオルモノアリ何處ニモ癌珠又ハ明カナル棘細胞ヲ認ムル處ナシ

(間質)——間質輩固緻密ノ結締織ヨリナリ細胞ニ乏シワイゲルト氏彈力纖維染色法ニテハ彈力纖維ハ僅ニ發生シオルノミ圓形細胞ノ浸潤ハ至ル處ニ存在ス間質中アル所ハ硝子樣變性ニ陷リ又粘液樣ニ變性ヲ營マントスル處アリ此結締織ノ分布ハ不平等ニノ氣管支ノ周圍ニ存スル者ハ實質多ク間質少シ立派ナル胞巢ヲ呈

ナリ周圍ヨリ銳利ニ界セラル其ノ稍々大ナルモノニ至リテハ周圍ニ紡錘形善染ノ細胞ヲ有シ内部ニ進ムニ從ヒテ原形質及ビ核共ニ淡染シ從テ核仁ノ顯著ニナリオル多角細胞ヨリナル而シテ胞巢ノ大ナルモノニ至リテハ周邊ノ紡錘形乃至圓柱形ノ細胞少クナリ一局處ニノミ存スル處或ハ全ク無クナリオリ却テ胞巢ハ兩層ノ細胞層ヨリナルガ如シ即チ外層ハ原形質ノ淡紫色ニ染マリ核モ胞狀淡染シ核仁ハ赤小體トシテ明瞭ニ認ムルコトヲ得形狀ハ多角形ナリ内層ハ深赤色ニ染マリ其ノ外廓ニテハ原形質ハ深紅色ニ染マリ核ハ深紫色ヲ呈ス其ノ細胞ノ形狀ハ不規則トナリ扁平ナルアリ核ノ形モ不規則ニシテ多クハ收縮シ核小體モ明瞭ナラズ核ノ周圍ヨリ缺潰シ全ク無結晶物ニナリ甚ダシキハ核ノ消滅セルモノアリ其ノ内部ニ當リテハ核ハ已ニ無クナリ細胞體ハ膨大シ紫赤色ヲ取ルモノ又タ全ク破碎シ紫赤色ノ物質ニ化シ去レリコノ部ニ當リ石灰塊末ノ沈着ノ盛ニ行ワレオルヲ見ル即チ明カニ變性ニ陷リオルモノナリ外層淡染層中ニハ尨大ナル細胞ニシテ原形質ノ淡染又タ善染シ核ノ胞狀ヲナスモノ又タ縮小シ又ハ多核トシテ存スル塲合ト又タ破碎片トナリオルモノアリ而シテ内外兩層ノ界ニハ漸次移行相入リ雜リオルコノ兩者ノ數量的關係ハ一定セズ内部變性層ヲ全ク缺クモ

概ニ扁平細胞ヨリ來リタルモノナリト言ヒ難シ只吾人ハ此等諸像ノ中移行像アルヲ以テ初メ扁平細胞層ノ基底細胞ニ相當スベキモノヨリ漸次變化シ來リタルモノナルコヲ知ル例ヘ癌珠ナク又棘細胞ノ明カナル像ナキモ其ノ細胞ノ性質及排列ヨリ第一例ノ如ク非化角性扁平細胞型ニ屬スベキ癌腫ナルコヲ信ズ然ラバ其ノ原發局處ハ如何

氣管枝粘膜ハ其破壞セラレオル部分ト共ニ原發ト見做スベキ所ナク凡テ繼發的ナリ且ツ氣管枝周圍ノ腫瘍塊ハ多クハ轉移トモ見做スベキモノニシテ其周圍淋巴管ノ轉移ナリ故ニ粘膜上皮細胞ノ化生ハ之ヲ考フルコト能ハズ而シテ其間質ノ新舊ヲ察スルニ其ノ最モ舊キハ寧ロ肺門ニシテ其發育ノ模樣ハ大部分肺組織以外ニアルヲ以テ Siegel Reiche 等ノ實驗セル如キ迷芽細胞ヨリ發生セル扁平表皮細胞癌ナルコトヲ思ハシム

○實驗例　第三

患者木田某女性、象牙彫刻師ノ妻、三十三歳

既往症

系統的疾患ナシ小兒ノ時ヨリ健全ニシテ十六歳ノ時婚嫁セリ四人ノ小供ノ内一

スル處アルガ他ノ處ニテハ結締織中ニ孤在的ニ胞巢ノ存在ヲ證スル所アリ間質中著シク黑褐色ニ染ミ相集簇シオルハ多分淋巴腺ニアリシ炭末ニ外ナラザラン(氣管枝粘膜)―粘膜ハ一般ニ肥厚シ大小種々ノ胞巢ヲ含有シ爲メニ多少凹凸ニ見ユル處アリ其ノ上ヲ被フ細胞層ハ大方剝離シ只陷入部ニ一層ノ圓柱細胞トナリ存スル處アリ粘膜ハ一般ニ圓形細胞ヲ浸潤シオリ血管ハ擴張シ血液ヲ充實シ氣管枝並ニ粘液腺ハ其ノ輸送管ト共ニ腫瘍細胞ノ壓迫ヲ受ケ萎縮ノ狀態ニアリテ粘液腺各細胞ハ膨レ粘液樣ニ化シオル處アリコノ粘膜ノ胞巢ハ皆轉移性ノモノニシテ而カモ新鮮ナリ數多ノ切片ニ於テ見タルモ上皮細胞又ハ腺細胞ノ持續即チ其ノ起原ヲ說明スベキモノナシ粘膜ノ最上層ニ位シ恰モ粘膜上皮細胞ノ化生ナルカヲ思ハシムル處アルモ精査ノ結果凡テ續發性ナルコヲ知ル

○考按

前上記載ニヨリテ腫瘍細胞ノ癌腫ニ屬スベキハ多言ヲ要セズ而シテ癌腫中如何ナル種類ニ屬スベキカ胞巢ハ何レモ實性ニシテ其ノ中ニ管腔ナシ其ノ初期ノ像ハ第一例ニ相當スルモノニシテ明カニ扁平細胞ニ屬スルモノナリ然レモ其ノ大ナルモノニ至リテハ變性行ハレ又細胞自身モ多少其ノ性狀ヲ變ズルヲ以テ一

ーセー」アリ胸壁ニハ明カナル靜脈怒張アリ双方ノ腋窩ニハ全ク小ナル腺腫脹アリ
右肺ハ到ル處全ク濁音ヲ呈ス呼吸音ハ粗雜殊ニ呼期ノ前ハ第三肋間ノ下後ハ肩胛骨角ノ下ハ全ク弱ク殆ンド聞ヘズ聲音震盪ナシ右ノ上鎖骨窩ト後上部ノ極小部ニ氣管支音アリ尙喘鳴ヲ聞ク
左肺ハ到ル處濁音ナリ呼吸音ハ甚ダ疎殊ニ呼期ニ際シ時々到ル處ニ喘鳴音ヲ聞ク後下部ニハ時々笛聲ト中等大ノ濕性水泡音アリ
心臟右ノ濁音界ハ不明凡テノ心音ハ全ク整ヤヽ頻速ニシテ亢進ス尿ハ蛋白ノ痕跡アリ「インヂカン」ハ中等度ニ存ス

經過

入院以來シバシバ咳嗽發作アリ一月二十三日以來脈搏ヤヽ速カニナリ一月二十五日弱小不正トナリ午前八時半易簀セリ

○剖檢所見

明治四十年一月二十五日午前八時十分死去

仝　年仝月仝　日午後一時　解屍

臨床的診斷　肺癌(?)

解剖的診斷

(一)右側氣管枝壁ヨリ生ゼル肺癌

(二)前後縱隔膜淋巴腺左肺肝臟橫隔膜胃腸腸間膜淋巴腺兩側腎及ビ外皮ノ轉移

名ハ肺炎ニテ死セルガ他ハ健全ナリ特ニ言フベキ疾病ニ罹リタルコトナシ

現在症

昨年ノ六月半バ以來靜止又ハ運動ニ係ラズ呼吸促迫アリ七月ノ始メヨリ右ノ腦半ニ特發性ノ疼痛アリ其ノ後左ノ方ニモ起レリ六月ノ姙メニ左ノ前腕ノ背面ノ上部ニ痤瘡樣ノ隆起アリ表面ニ結痂セリ後段々ニ生長ス始メハ無痛ナルガ後ニ特發性ニ又觸ルヽ際痛アリタルガ今ハ特發性疼痛ナシ七月ノ始メ右ノ上腕ノ外側上方ニ同樣ノ隆起アリ甚ダ痛メリ一ケ月前ニ第二肋骨ノ胸骨附着點ニ同樣ノ隆起ヲ生ゼリ痛ナシ

呼吸困難ハ漸次烈シクナリ四十一年一月ノ始メヨリ背部ニ特發性痛ヲ訴フ八月以來咳嗽アリ泡樣ノ喀痰アリ十二月以來食機振ハズ上眼瞼ノ重感覺ト顏面ノ膨レアリ本年一月十八日入澤內科ニ入院セリ

現狀

中等大中等ノ骨格ヲ有シ皮下脂肪組織筋肉ハ發育ヨシ常ニ坐位ヲトル橫位ニテハ呼吸促迫ト咳嗽アリ右ノ上腕ノ外上方左ノ前腕ノ後上方左側第二肋骨ノ胸骨附着點ニ各々一ツノ硬キ腫瘍アリ呼吸ハ胸式ニシテ促迫シ運動ノ際又ハ原因ナク激シキ咳嗽發作アリ僅少ノ泡樣喀痰ヲ排出ス顏面ハ膨レ上眼瞼ニ浮腫明カナリ顏色ハ少シ暗赤色ヲ呈シ結膜ハ强ク充血ス口唇ニモ亦「チアノ

下垂シ左肝葉ノ游離緣ニ胡桃大表面ヨリ少シ高マル灰白色ノ中央ガ臍窩ヲナス堅キ結節アリ腸間膜淋巴腺ハ蠶豆大ニ腫脹シ割面ハ灰白色顆粒狀ヲ呈ス後腹腔部淋巴腺ハ腫脹セズ胃ノ幽門部ニ雀卵大ノ硬キ結節アリ左肺ハ癒着ナシ右肺ハ大ナル部分ニ於テ胸壁ト確カト癒着ス心囊中ニ血色液約五百瓦ヲ容ル脾ハ九、五—七—四、八仙迷大莢膜ハ平滑割面ハ暗赤色ヲ帶ビ濾胞及脾材明カナリ硬度ハ硬シ左腎十—四、三—三、七硬度ハ甚ダ硬表面ハ滑澤一ケ處ニ蠶豆大ノ硬キ白色ノ輕ク隆起セル轉移結節アリ割面ハ斑狀渾濁ヲ呈シ暗赤色ナリ腎盂ハ輕度ノ充血ヲ呈ス右腎九、五—四、三—三仙迷外面ニアチコチニ豌豆大ノ轉移結節アリ肝臟二三、五—十二—七、五仙迷莢膜ハ一般ニ平滑前上ノ轉移結節ノ外二三ノ小ナル結節アリ割面ハ肉豆蔻肝ヲ呈シ尙脂肪變性アリ胃ハ粘液樣ノ內容ヲ有シ輕度ノ「エターマメロンチ」ノ像ヲ呈ス幽門ニ近ク中央ニ臍窩ヲ有スル筋層中ニ結節アリ骨盤諸臟器膀胱ニ粘膜下出血アリ卵巢ニ小ナル囊胞アリ大腸粘膜ハ水腫狀ヲ呈シ盲腸部ハ高度ノ充血ヲ呈シ多クノ出血アリ小腸粘膜ハ充血水腫ヲ示シ粘膜下出血アリ前上轉移結節ヲ腸ノ內腔ヨリ見レバ中央ニ臍窩アリ

胞部臟器ヲ頸部諸臟器ト共ニ取リ出ス

(三)心嚢出血

(四)心筋ノ渾濁

(五)右側出血性癌腫性胸膜炎

(六)右肺ノ無氣狀態

(七)肝ノ鬱血及脂肪變性

中等大ノ體格可良ナル體格ト中等度ノ營養ヲ有スル屍前胸壁ニ擴張セル皮膚靜脈アリ左ノ前腕ノ外側肘關節ニ近ク胡桃大表面汚穢黑色ニ染色セル球狀隆起アリ軟骨硬ニシテ皮膚ト堅ク癒着スレモ基部トハ移動シ易シ右ノ上腕ノ外側ニ栗子大ノ同樣ノ性質ヲ有スル結節アリ胸廓ノ前壁ニ胸骨ヨリ少シク左ニ寄リ皮下ニ存在スル輕度ノ隆起ヲ示ス蠶豆大ノ結節アリ凡テノ結節ハ斷面白色ヲ呈シ淡赤色ヲ帶ビ灰白色又ハ黃色點ニテ滿タサル皮下脂肪組織ハ多ク浮腫狀ヲ呈ス筋肉ハ中等度ニ發達シ蒼白赤色ニシテ濕潤ナリ腹腔內ニ異常ノ液ヲ容レズ下上腹部靜脈ハ著シク怒張シ迂曲ス大網ハ脂肪ニ乏シ凡テノ腹部靜脈ハ血液ヲ充滿シ痔靜脈叢ハ瘤狀ヲ呈ス兩側精索靜脈ハ著シク擴張シ迂曲ス小腸ノアル部ニ漿液膜ニ橫ニオカレタル灰白色ノ堅キ結節アリ中央ハ少シ窪ミオル肝及ビ胃ハ少シ

ヲ増殖シ多ク擴大性増殖ヲ營ム尚氣管枝ノ前面ヲ傳ハリ生長シソコニアル氣管淋巴腺ノ癌腫樣ニナリタルモノヲ含有ス下ノ方ハ心囊ニ破レ入リ前房ノ後壁ト癒着ス肺動脈モ腫瘍中ニ閉込メラレオルコノ腫瘍ハ前縱隔膜淋巴腺ノ「バッケット」ニ持續性ニ連續シ居ル

腫瘍組織ハ一般ニ結締織ニ富ミ白色ノ線狀纖維ノ爲メニ胞巢ヲ作成シ其ノ內ニ灰白色又ハ帶黃白色ナル腫瘍實質ヲ充塡ス

周圍ノ肺組織ハ受働的ニシテ壓迫セラレオル其ノ他尚各處ニ結締織ニ富ム轉移結節ヲ認ムルコトヲ得

○顯微鏡的所見

腫瘍ノ處ニ矢狀ノ斷面ヲ與ヘソレヨリ切片ヲ作リ鏡檢ニ供セリ

「ヘマトキシリン、エオジン」染色法ニテハ切片ノ下方ニ二ツノ氣管枝ニ相當シ軟骨片ノ存在スルヲ見其ノ腔內ニ腫瘍組織ノ存在ヲ認ム切片全體ハ淡赤色ナル纖維性組織ニヨリテ貫通セラレオリ炭色素粉末ノ殊ニ集合シオル處アリ纖維組織ノ形成セル大小種々ノ胞巢中ニハ紫赤色ナル實質組織アリテ其ノ中ニ大小種々ノ孔アリ且ツ多少青色ヲ帶ブル處アリ

心臟ノ根部ハ心囊ヲ破リ出デ來リタル腫瘍塊ノ爲メニ左右前房ニ於テ癒着シ殊ニ左前房ヲ壓迫ス尙本幹血管ノ外壁ヲ傳ヲリ腫瘍ノ浸潤アリ心囊內面ハ一般ニ平滑光澤アルガ前上ノ侵入セル腫瘍塊ノ外數個ノ隆起セル結節アリ心臟ノ脂肪組織ハ豊富ニシテ上心外膜ニ多數ノ轉移結節アリ前縱隔膜淋巴腺ハ固ク腫脹シ大ナル「バッケット」ヲ作成ス大動脈內膜ハ少數ノ脂肪變性「ウズール」アリ弓部ニ於テ腫瘍ノ爲メニ壓迫狹窄セラル上大靜脈ハ腫瘍組織ノ中ニ封入セラレオルガ尙消息子ヲ通ズルコトヲ得

左肺ハ氣腫狀ヲ呈シ表面ハ平滑各處ニ多クノ胡桃大ニ達セル硬キ轉移結節アリ割面ハ到ル處氣量ヨ富ミ各處ニ灰白色ノ硬キ結節アリ右ノ大氣管枝ハ前上部ヨリ腫瘍ノ爲メニ壓迫セラレ濃稠ノ粘液ヲ有ス

○腫瘍及其ノ附近組織ノ肉眼的所見

右肺ハ甚ダ縮小シ全ク無氣ノ狀態ニアリ肺門部ニ鷄卵大ノ硬キ結節ヲ觸ル氣管枝ヲ後方ヨリ開ク右ノ氣管枝ハ分岐點ヨリ二仙迷ハナレ灰白色ノ腫瘍塊ガ瘤狀ヲナシ現レオル其ノ先キ上葉中葉氣管枝ハ大部分腫瘍ノ爲メニ破壞セラレモトノ管腔ノ痕跡トシテ壁ノ軟骨片ヲ認ム腫瘍ハ肺組織ノ方ニモ殊ニ氣管枝ニ沿フ

コノ例ニ特書スベキ所見トシテハアル脆巣内ニ特ニ膨大セル細胞ノ孤在スルカ又ハ群集スルモノアルコトナリ其ノ原形質ハ「エオジン」ニラ濃紅ニ染ミワンギーソン氏法ニテハ黄褐色ヲ呈ス核ハコレニ反シ淡染シ膨脹セルモノアリ其ノ群集セルモノハ間ニハ他ノ處ニ認メ難キ細胞間棘狀突起ヲ明視スルコヲ得ル所アリ周圍ノ粘液變性セル又ハ否ラザル腫瘍細胞下ハ最モ鋭利ニ分劃シオリ一ツノ移行像ラシキモノサヘ見ズシカシテコノ例ニテハ棘狀突起ハ顯著ナラズコノ所見ハ多クハ結締織組織ノ最モ良ク發達セル處ニ多ク周圍及ビ轉移結節等ニハコレヲ認ムルコト能ハズ

胞巢ハ多クハ小ニシテ甚ダシキハ一二個ノ腫瘍細胞ノ結締織ニ圍マレオリ粘液變性ニ陷リツヽアルモノアリヤヽ大ニシテ其ノ中間ニ壞死竈ヲ見ルガ如キ者ハ其ノ數多カラズ

(間質)—著シク發育シオル胞巢ノ附近ニハ尙紡錘形細胞ヲ中等度ニ有スル結締織アリ多クハ緻密ナル纖維組織ト化シ其ノ一部ハ硝子樣變性ニ陷リ一部ハ青色ニ染マリ粘液樣變性ヲ呈スル所アリ尙粘液化セル胞巢周圍ノ結締織ハコノ粘液ノ浸潤ヲ受ケ青色ヲ帶ブルモノアリ炭色素顆粒ハ細胞內ニ又遊離シテ間質內ニ存

（腫瘍細胞）―腫瘍細胞ハ大小種々ノ胞巣ヲ作リ間質ノ著シク增加セル爲メニ孤獨性ニ存在ス何レモ周圍トハ鋭利ニ界ス腫瘍細胞ノ形狀ハ多クハ多角形ヲナシ原形質ニ富ミ善染シ核ハ核染色素ニ乏シク胞狀ヲナシ圓形又ハ橢圓形ヲナス原形質中ニハ靑染セル粘液顆粒ヲ含有スルモノアリコレガ增加シ遂ニ全細胞ノ粘液化シ周圍ノモノト又融合シ靑色ノ波紋狀ヲ呈スル粘液塊トナルアル胞巣ハ全ク粘液化シ其ノ裡ニ少數ノ腫瘍細胞ヲ包含スルモノアルノミノ處アリ其ノ他胞巣中ニハ粘液ヲ有スル小腔孔ヲ有シ其ノ壁ノ細胞ハ多少骰子形ヲトリ規則正シク排列シ花環狀ヲナス所アリテ其ノ周圍ノ細胞ノ分泌セルヿヲ思ワシムル處アリ尙不規則ノ細胞ヨリ界サレオル孔ハ前上腫瘍細胞ノ粘液變性ニ陷リ破壞セルモノニ相當ス大ナル胞巣ノアルモノハ中央部ノ壞死ニ陷リ濃紅色ニ染マリ其ノ周圍ノ不變性腫瘍細胞群ト化セシ處ニ縮小シ不規則ノ濃染セル核ノ存在シ又破壞セル顆粒狀ニナリオルモノアリ加之腫瘍細胞ノ粘液變性セルモノ又分泌セル粘液ト混ジ「エオジン」ヲトリ濃赤染スル無造構ノ塊アリ膠樣變性物ニ相當ス然モ兩者ノ間ニ散在性ニ移行スル處アリ爲メニ其ノ起原ヲ同フスルコトヲ思ワシムルコノ膠樣變性物ハ轉移等ノ新鮮ナル處ニモ見ルコトヲ得

トヲ得コトニ間質ノ增殖ハ肝腸管及ビ皮膚ニ於テ著シク全ク「スキルス」ノ像ヲ呈スル所アリ

○考按○

腫瘍細胞ノ癌腫ニ屬スベキヿハ論ナシ而シテ粘液樣分泌ヲ營ミ又自個ノ粘液樣變性ヲ呈スル腫瘍細胞ノ花環狀ニ排列スル處ヨリ考フレバ腺腫性癌ナルヿ疑ナシ其ノ粘液樣物中ニ包含セラルヽ膠樣物ハ眞正ノ膠樣變性ニヨリテ生ジタルモノカ予ハ粘液樣物ノ漸次ノ移行ヲ呈スル所ヲ見ルヨリ矢張粘液樣變性ノアル一種ナルコトヲ信ゼントス而シテ間質ノ增殖ハ頗ル著シク其ノ舊部ニ於テハ緊縮ヲ呈スル結果肝及腸管轉移ノ中心部ニ於テハ臍窩ヲ形成スルニ至リタルモノナリ故ニ結締織ノ增殖ノ腫瘍細胞ニ比シ遙カニ多キ所ハ遂ニ「スキルス」ノ像ヲ現出スルニ至レリ

原發竈ノ少數胞巢內「エオジン」ニテ濃赤染セル細胞群ハイカニコレヲ解釋スベキ？化角現象ヲ呈シ且ツ細胞間棘狀突起ヲ有スルヨリ扁平上皮細胞ニ屬スルヿ疑ナシ故ニ此例ニ於テ本來腺腫性癌中ニ於テ扁平上皮ニ固有ノ性狀ヲ發露セル細胞ヲ存スル譯ナリ抑モ吾人ハ之ヲ腺腫性癌ト扁平上皮癌トノ合併ト見做シ二元

在シ、モトノ組織ノ痕跡ヲ證明セシム其ノ特ニ集團シオルハ淋巴腺ニ相當スルモノナリ其ノ他石灰沈着ヲ各處ニ認ムルコヲ得

氣管粘膜ハ全ク破壞セラレ腫瘍組織ト化シオリ實質及ビ間質ノ變化ハ如上ノモノニ異ナラズ唯圓形細胞ノ浸潤ヤヽ著明ナル處アリ又粘膜上皮細胞ハ長圓柱形ヲナシ竝列シオリコレガ下ヨリ增殖セル腫瘍組織ノ爲メニモチ上ゲラレ又其一部分ヲ破壞シ腫瘍細胞ハ層疊シ其表面ヲ被ワントシ其基底部ニアル上皮細胞ハ壓迫萎縮ニ陷リツヽアリテ兩者ノ間ニ何等ノ移行等ヲ認ムルコト能ハズ粘液腺モ腫瘍ノ爲メニ破滅セラレツヽアリ頗ル憐ナル狀態ニアリ多クハ孤立シテ存在ス其ノ細胞モ皆萎縮ニ陷リ其ノ丈短クコレノ肥大增生シ腫瘍細胞ニ化スルヲ思ワシムル所ナシ其ノ他腫瘍組織中ニ萎縮凋落セル軟骨ノ氣管枝ノ遺跡タルヲ思ワシムル處アリ

血管ノアルモノ殊ニ肺動脈ハ腫瘍ノ爲メニ其ノ壁ヲ侵蝕セラレ又腫瘍ハ栓塞トシテ其ノ管腔ヲ狹窄ニ陷ラシムル所アリ

(轉移)——肺實質中ノミナラズ皮膚肝臟腸管ノ轉移結節共ニ纖維ニ富ミ青色又ハ赤色ノ膠樣物ヲ含有スルモノ及ビ細胞ニ粘液變性ノ行ワレツヽアル像等ヲ見ルコ

ガ扁平細胞ガ腺腫性癌ノ胞巢中ニ占位シオリ其ノ發生ヲ共ニスルガ如シモシ純然タル合併トスレバ必ズヤ扁平上皮細胞性ノ胞巢ナカルベカラズ若シ又迷芽トセンニモ有棘角化細胞ハアレド更ラニ其ノ增殖狀態ヲ示サズ然ラバ化生カ腫瘍細胞ノ化生ニヨリ他ノ種ノ腫瘍細胞ニ變ズルコハ事實ナルガ必ズ双方ノ間ニ漸次ノ移行ヲ要求スベキモノニシテ忽然ノ變化ハ考ヘ難キモノナリ偶予ノ例ハ前述ノ如ク其ノ變化急激ニシテ恰モ腺腫性癌胞巢中ニ化角扁平細胞ヲ押込メタルガ如キ像ヲ呈シ全ク他人流儀ニ見ユ故ニ普通ノ場合ニ於ケル化生ヲ以テコレヲ說明スルコト能ハザラン故ニ予ハ他ノ說明法トシテ腫瘍學上ノ隔代遺傳(Oncologischer Atavismus)ノ語ヲ用ヒ此ノ意味ニコレヲ解釋スルノ最適當ナルヲ覺ユルナリ曰ク氣管氣管枝肺實質ハ食道ト共ニ前腸ヨリ分レタル者ニシテ口腔食道等ノ扁平上皮細胞ト共ニ扁平トナリ得ベキ遺傳ハコレヲ有スルナリ則チ肺胞上皮ニ見ルベシ故ニ吾人ハ肺ニ於テ其ノ上皮細胞ガ扁平上皮細胞ニ化生スル例及扁平上皮癌發生ノ例ヲ多ク實驗スルハ怪ムニ足ラズ然レバ即チヨリ多ク分化セル氣管上皮細胞殊ニ粘膜細胞ガヨリ少ナク分化セル扁平上皮細胞ニ化生スルコノ考ヘ易キト共ニ其ノ現象相並ベル細胞間ニ於テ忽然行ワル、時ハ一方ニハ腺細胞

ニ歸スベキカ將又同一ノ起原ヲ有スル一元ニ歸スベキカ凡ソ内臓ニ於ケル原發扁平上皮癌ハ其數少ナシ膽嚢ニテハ其中ヤヽ多ク十四例ニ達シ胃ハ二例(Kaufmann, Borst ノ例)膵ニテハ一例(Israel, Lewisohn)ノ外直腸ニ實驗セラルヽノミ然レドモ肺臓ニ於ケル扁平上皮癌ハ決シテ稀有ナラズ其生成ニツイテハ甲論ジ乙駁シ未ダ一定セズ母地ノ扁平上皮細胞層ニ近ク存在セル場合ハ持續的カ又ハ Cohnheim ノ迷芽説ニヨリコレヲ説明セントシソコヲ距ルコト遠キ所ニテハ或ハコレヲ化生ニ歸シ(Lubarsch)或ハ Katabiose(例ヘバ化角現象ハ元來扁平上皮細胞ノ有スル一ツノ Katabiotische Eigenschaft ナルガ外界不明ノ刺戟ニ據テノミ内胚葉細胞モコノ現象ヲ取ルコトヲ得コレ其ノ細胞ガ潜在性ノシカモ固有ノ性質ヲ有スレバナリト(Weigert)或ハ先天性ノ胎生的(Indifferente Zellen (Borrmann, Herxheimer)ヨリ生ズル者ト思惟セラレ肺ニ於ケル扁平上皮細胞癌ハ既述ノ如ク人コレヲ迷芽又ハ化生(粘膜上皮細胞又ハ肺氣胞細胞)ニヨリコレヲ説明セントセリ第一第二例ノ如キハ或ハ其類例ナルベシ然ルニ本例ハ合併癌ナルカ又單一ノ癌ニ根元ヲ有スベキカ普通扁平上皮癌トハ大ニ其趣ヲ異ニシ扁平上皮細胞ノ持續的增殖ハ考ヘ難シ然ラバ迷芽ニヨルカコノ腫瘍ノ發生局處ハ大氣管枝ノ附近ナルヲ以テ其可能的ナルコトハ考ヘ易キ

シ癌腫様ニ變性セシト見做スベキ處ナシト雖モ其ノ管腔ヲ形成スル性質及ビ粘液變性ヲ營ムノ點ハコレヲ粘膜粘液腺輸出管ヨリ發生セルモノナルコヲ思ソシム夫ノ氣管枝内ノ隆起セルモノ又コレヲ破壞閉塞セルモノヽ如キ癌ノ繼發的增殖ノ結果ナルコハ記述セルガ如シ

○實驗例　第四

患者矢野某　男性四十三年

既往症

家系的疾病ナシ患者ハ小兒期稍々薄弱ナリキ二十二歳ニテ結婚シ其ノ妻女ハ三十三歳ノ時子宮癌ノ爲メ死去セリ昨年再ビ娶妻セリ三十六歳ノ時龜頭ニ潰瘍ヲ得橫痃ヲ生ジ爲メニ切開ヲ受ク三十七歳ノ時沖繩縣ニアリテ或ル熱病ニ罹リタリ飮酒喫煙セズ

現在症

四十年二月十日ニ風邪感覺アリ全身ノ倦怠ヲ訴ヘ夫ヨリ咳嗽膿痰食機振ハズ三月十日左肩胛部ニ緊張感覺ト鈍痛アリ鳩卵大ノ腫瘍ヲ左ノ腋下窩ニ發見ス稍々痛アリ肩部異狀一週日ノ後去レリ四月廿一日步行ノ際突然右上肢ニ牽引感覺

一方ニハ化角扁平細胞ヲ見ルコヲ得ン吾人ハ是ノ現象ヲ恰モ祖父又曾祖父ノ性質ガ孫曾孫等ニ於テ發現スルニ對シ隔代遺傳テフ語ヲ用キラルヽニ鑑ミ腫瘍學上ノ隔代遺傳成ハ腫瘍細胞隔代遺傳ト名ヅケ以テ化生ノ急激ニ行ワルヽ場合ニ適用スルト同時ニ亦コレニ由リテ眞ノ化生ハ先天的遺傳性ノ一定境遇ニ處シテ發揮セラルヽ適合機能ナルコヲ理解セントス而シテ化角扁平細胞群ハカク最舊キ竈ニノミ存在スルノ事實ハ迷芽細胞ナルニセヨ又上記ノ如ク生理的粘膜上皮ノ腫瘍學上隔代遺傳ナルニセヨ腫瘍發生前ニ存在セル慢性刺激等ノ初メテコヽニ化生ヲ誘導セルニ因ルモノナリ新ラシキ處及轉移ニ存在セザルハ何故ゾ？是レ恐ラク舊原發々生局處ノミ舊母組織ニ似タル狀態ヲ保チ新繼病竈ニ於テハ隔代遺傳ヲ呈セザル圓柱上皮ノ子孫ガ已ニ癌腫變性著明ニシテ母組織ノ性狀ヲ失ナヘル者ト認シテ可ナラン又以テ原發々生局處ノ鑑別ノ一助トナスベシ則チ本例ハ已ニ腺腫性癌ニ相違ナケレモ尚ホ其ノ原發局處ヲ示シ其處ニ於テハ舊發生狀態(慢性刺戟)ノ面影ヲ止メ急激ナル化生或ハ予ノ所謂腫瘍學上隔代遺傳狀態ヲ存スルコヲ示セルナリ而シテ本例腺腫性癌細胞ノ發生ノ場處ハ積極的ニ證據スベキモノナシ即チ其ノ檢セシ大氣管枝ノ粘膜ニ於テハ上皮又ハ腺細胞共ニ增殖

シ癌腫樣ニ變性セシト見做ス

チ呈シ其ノ傍ニ囉鳴ノ小泡性水泡音アリ呼吸音ハ全ク微弱ナリ左肺ハ打診及ビ聽診共ニ通常ノ如シ腹下部ハ多少壓痛アリ左ノ腸骨窩ニ多クノ鳩卵大ノ堅キ腫瘍アリ背椎ハ殆ド到ル處壓痛アリ右ノ上腿骨ノ下外方ニ鳩卵大ノ彈力性ノ腫瘍アリテ移動シガタシ知覺鈍麻ハ日晷ノ右半日脣粘膜ニアリ右ノ下肢ハ殆ド麻痺シ僅カノ屈伸ヲ營ムノミ胯膝足關節等ノ屈折不可能ナリ左ノ下肢ハ全ク僅カニ屈伸スルヲ得粗大ノ力ハ全ク減少ス筋骨感覺ハ右ノ下腿ニハ殆ドナシ左ハ僅カニ存スルノミ提睾筋反射ハ左ハ全ク弱ク右ハ全ク缺除セリ膝、アヒルス足裏反射ナシ膀胱直腸障害アリ尿ハ蛋白ノ痕跡アリ固形體トシテハ僅少ノ白血球硝子樣圓塔アリ糞便中ニハ肝蛭虫卵ノ多クアリ

經過

五月二十七日ニ烈シキ刺痛ガ發作性ニ兩下肢ニ起ル嘔吐アリ、試驗注射ヲ第五肋間ニナス黃褐赤色ノ輕濁セル液體アリ〔エツキス〕光線ニテハ濁聲音ヲ有スル處ニ縱位ニ暗カレタル黑影アリ五月二十八日咳嗽喀痰ハ少量ナリ刺シ透ス如キ激痛下肢ニアリ濁音界ハ前ハ第三肋間ヨリ下後方モ其ノ高サヲ增ス喀痰ハ粘液膿樣ニシテ血絲ハ全ク少ナシ顯微鏡下ニテハ集合セル圓柱形細胞アリ五月三十日脈搏ハ微弱頻數ヲ增ス昨夜體溫ハ上昇セリ發作性ノ疼痛ハ以前ノ如ク起ル右第六肋間ヲ注射シ輕度ノ濁濁セル血樣液百瓦ヲ出ス越エテ三十一日凡テノ狀態增惡シ三十一日午前零時十五分易簀スルニ至レリ

○剖檢所見

明治四十年五月三十一日午前零時十五分死亡

鈍痛及ビ減力ヲ訴ヘコレニ「シビレ」感覺加ハル減力ハ增惡シ尙發作性ニ刺痛ハ右ノ上下肢ニ現ハル患者ハ三月二十八日以來臥床ス五月一日以來同樣ノ牽引感覺鈍痛減力「シビレ」感覺刺痛等ヲ左ノ下肢ニ得五月三四日以來起ツ能ハズ其時ヨリ不意識的排尿及ビ頑固ナル便秘アリ五月七日烈シキ咳嗽發作時ニ一合位ノ略血アリ爾來時々血痰ヲ出ス五月二十日ニ約一合ノ略血アリ輕度ノ體溫上昇アリ五月ノ始メヨリ腰痛現ハル同時ニ右上腿ノ外側ニ一個ノ腫瘍五六日前ニ左背ニ堅キ腫瘍ヲ生ズ五月十日右ノ肩胛關節次ニ肘關節部ニ鈍痛アリ三四日以來口唇ノ右半分左側口腔粘膜ニ知覺障害ヲ起ス

現狀

患者ハ中等大中等度ノ骨格ヲ有シ營養不良ナリ顏貌苦惱ヲ示シ蒼白貧血ヲ呈ス背部ニ輕度ノ浮腫アリテ受働的背位ヲトル脈搏稍頻小ニシテ緊張弱シ呼吸稍頻速ナリ舌ハ濕ニシテ帶褐黑色ノ被覆物ヲ有ス兩側鎖骨窩ニ二三ノ鳩卵大ノ彈力聚ノ移動シガタキ腫瘍アリ多少ノ壓痛アリ呼吸ノ際右胸廓ハ追行ス左ノ胸部ニ輕度ノ皮膚靜脈ノ擴張アリ左ノ腋下窩ニ二三ノ鷄卵大マデノ彈力聚ノ多少ノ壓痛ヲ有スル腫瘍アリ背部ノ左外方第九肋骨ノ經過ニ沿ヒ胡桃大ノ同樣ノ腫瘍アリ肋骨ト確カニ癒着ス肺ハ右前ハ第四肋間ヨリ以下ハ濁音胸骨ノ傍ニ其ノ處ニ相當シ濁音ヲ現ハス所アリ濁音ノ處ハ呼吸音殆ドナク聲音震盪ハ弱シ右後部ハ肩胛骨ノ中央ヨリ下ハ濁音

ニ萎縮アリ斷面ヲ見ルニ頭髓ニテハ後角ノ灰白黃色ノ變性ト全斷面一般ノ腫脹トアリ然シ腫瘍ノ侵襲ナシ

大網ノ左方遊離緣ニ近ク豌豆大ノ軟キ轉移結節アリ腸管ハ中等度瓦斯ニテ膨滿シ「チアノーゼ」強度ナリ胸骨體ノ殆ド中央部ニ大胸筋ノ附着所ニ腫瘍轉移アリ前縱隔膜中ニ無數塊狀ノ結節狀ノ一部ハ相癒合セル腫瘤塊アリテ胸骨ノ後面ト可ナリノ廣底ト確カト癒着ス尙大動脈弓及其分枝ヲ圍繞ス右ノ縱隔部肋膜ハ一般ニ肥厚シ多クノ大小不同結節狀ノ髓樣白色出血性ノ腫瘍塊ヲ以テ滿サル其一部ハ破レタルコノ腫瘍塊ハ前縱隔膜淋巴腺ト接續ス尙其ノ中ノ一部ハ心囊膜ノ方ニモ隆起トノ現ハル右ノ胸膣內ニハ二百瓦左ノ胸膣內ニハ少量ノ血色液ヲ含有ス左肺ハ癒着ナク表面ニ無數ノ轉移結節アリ心臟ハ稍大右室ハ弛緩ス左後部ニ小ナル轉移アリ心筋ハ混濁シ萎縮ヲ呈ス左室ニ一本ノ異狀腱纖維アリ左肺ハ血量ニ富ミ水腫狀ナリ數多ノ胸膜下轉移アリ斷面ニハ多數ノ豌豆大ノ轉移アリ氣管枝淋巴腺ハ腫張シ處々ニ轉移アリ脾ハ一〇、五×八、五×二、五被膜肥厚シ多クノ纖維樣增殖アリ硬度軟ク弛緩ス脾髓ハ軟カニシテ擦取シ易シ脾材膿胞不明ナリ左腎一一、〇×五、〇×四、〇×大、夾膜ハ容易ニ剝離シ難シ表面ニハ微小ノ顆粒ヲ有シ二三ノ小ナル梗塞癥痕ト一ツノ淺在性轉移アリ皮膚ハ到ル處僅カニ腫脹シ潤濁ス右腎ハ大サ一〇、五、—四、五—三、五、—肝臟二五×一五×八、—大、硬度ハ靱硬表面ハ一般ニ平滑ナリ被膜ハ垂靱帶附着部附近散在性一部ハ星形狀纖維性肥厚アリ處々被膜下ニ過粟粒大ノ轉移アリ割面ニテハ輪膽管ハ輕度ノ纖維性肥厚ヲ呈シ黃色粘液樣ノ膽汁ヲ容レ肝蛭ヲ有ス尙少數ノ轉移ヲ認ム膽囊ハ濃稠ノ黑色粘液樣膽汁ノ多量ヲ含有ス胃ヲ殆ド空虛ニシテ只濃粘液アルノミ幽門ニ二ツノ「エロジオン」アリ廻盲腸部ヲ開クニ廻腸粘膜ハ濃キ粘液ヲ以テ被ハレ膿胞ハ輕度ニ腫脹ス大腸粘膜ハ散在性ニ充血ス右ノ大腰筋

仝午後一時三十分解屍

臨床的診斷

肺癌及脊椎骨移轉

解剖的診斷

(一)右肺中等ノ癌腫

(二)右肺壓迫無氣狀態

(三)肺臟縱隔膜淋巴腺肋骨椎骨數ケ所ノ筋肉肝臟及ビ左腎ノ移轉

(四)胸髓ノ上部ヨリ下方脊髓ノ萎縮及變性

(五)輕度ノ肝蛭症

(六)心筋ノ變性萎縮異狀ノ腱纖維及筋肉橋脾腫

(七)兩腎ノ溷濁腫脹及弱度ノ間質增加

骨格其體格中等大贏瘦セル右ノ股外大筋ニ當リ筋肉中ニ存在シ切斷面灰白色體樣一部出血性ノ所アリ脊髓ニテハ腫脊髓漿液ハ增加セズ脊椎ハ上方ハ頭椎ノ中央部ヨリ下方ハ胸椎ノ下部マデ限局性又散在性ハ灰白色軟弱ニシテ處々ニ出血ヲ伴フ腫瘍ノ浸潤ヲ受ク尙腫瘍ハ脊椎腔中ニ自由ニ增殖シ硬膜ト處々輕度ニ癒着スソコニ出血ト纖維素ノ附着アリ脊髓硬膜ハ纖維性ニ肥厚ス脊髓ハ頸部腫大ニテハ通常ノ硬度ヲ有スルモ胸髓ニテハ到ル處硬度稍軟ユシテ多少瀰蔓性ニ

腫瘍ノ内方ヲ走リ其ノ閉塞セル處ニ於テ腫瘍組織ノ一部ニオカサレタル爲ニ破壞セラレオルガ再ビ通常ノ狀態ヲ得腫瘍組織ハ截痕部ヲ通リ上葉ヲ侵シ其ノ周圍ニ於テハ血管又ハ氣管枝ノ周圍ニ灰白色腫瘍ノ組織ヲ有スル結節トシテ上ハ氣管枝淋巴線ノ腫瘍化セルモノニ移行シオルヲ見ル中葉氣管枝ノ腫瘍隆起ヲ呈セル所ニ橫斷面ヲ加ヘ見ルニ其ノ前面ハ一般ニ下葉氣管枝ノ一部ニマデ及ブ灰白色中ニ黑色染セル淋巴腺ヲ有スル腫瘍塊アリテ肺動脈ヲ封入シ多少狹窄ヲ呈セシム周圍ニ對シテハ多クハ擴大性ニ增殖ス上方氣管枝内ノ腫瘍結節モ之ト連關スル上ハ遂ニ腫脹セル淋巴腺ニ移行シ全ク持續的ノモノタリコノ腫瘍塊ハ主腫瘍トハ明カナル續行ヲ有セズ個々別々ノモノタルヲ知リ得下方氣管枝ニテハ出血性ノ細胞ニ富ム多量ノ物質ヲ出ス氣管枝淋巴腺ハ腫脹シ大ナル「パツケツト」ヲ作リ前縱隔膜淋巴腺ト連絡ス

其他ノ右葉ハ表面又ハ割面共ニ多數ノ豌豆大迄ノ轉移結節ヲ有ス左肺ト同樣ニ血管ニ富ミ水腫狀ヲ呈ス

○顯微鏡的所見

中葉ノ主腫瘍ノ中央部ニ水平切斷ヲ加ヘソレニ平行シ全腫瘍ヲ包容セル組織

ニ、雞卵大ノ已ニ軟化セル腫瘍轉移アリ骨ハ第二第七胸椎腰椎ノ下部薦骨第七第九肋骨ニ鳩卵大ノ腫瘍轉移アリ

兩側上鎖骨淋巴腺ハ鳩卵大ニ腫脹ス

重ナル腫瘍ヂ右肺頭部諸臟器ト共ニ取出ス食道粘膜ニ變化ナシ喉頭粘膜ハ「チアノーゼ」ヲ呈シ腫脹ス氣管粘膜ハ蒼白ナリ

○腫瘍及其ノ附近ノ肉眼的所見

左側氣管枝ヲ後方ヨリ開ク其ノ大氣管枝ハ唯輕度ノ充血ヲ呈ス上葉及下葉氣管枝ハ處々細胞ニ富ム粘液樣物ヨリ滿サル粘膜ハ一般ハ充血ス中葉氣管枝ハ其ノ分岐點ヨリ二「センチメートル」離レ上下二枝ニ分レントスル處ニ當リ切斷面デハ軟骨ノ間ヲ通リ粘膜上ニ飛ビ出デオル軟キ灰白色ノ腫瘍アリ上ノ氣管枝ヲ追窮スルニ尙處々ニ腫瘍塊ノ隆起シ居ルヲ見ル遂ニ全ク閉塞シ其處ニ殆ド鷄卵大ノ腫瘍ニ移行ス

腫瘍ハ中葉ノ遊離緣ニ近ク存在シ硬度鞏ナリ其ノ胸膜面ニハ充血アリ斷面ハ一般ニ灰白色髓樣處々ニ胞巢狀造構アリ出血竈及軟化シ囊胞樣ニナレル處アリ周圍ニハ多クハ擴大性一部分ハ浸潤性ニ增殖ス爲メニ肺組織ハ壓迫ヲ受ケタル處アリ腫瘍周圍ノ肺血管ノ一部ハ血栓ニテ充チアルモノハ癌張ス前上ノ氣管枝

ス而ノ各細胞ハ原形質ニ富ミ濃染シ比較的周圍ト鋭利ニ區劃ス核ハ比較的核染色素ニ富ムモ尚核小體明ナリ形狀ハ多ク胞狀ナルガ橢圓又不規則形ノ者アリ大サモ種々ニシテ淋巴細胞ノ二三倍ヨリ最モ大ナルモノハ大細胞性肉腫ノ細胞核大ニシテ夫レヨリ大ナルモノモ存在ス其ノ他少數ノ巨態多核細胞アリ核分剖像ノ正型的又非正型的ナルモノ多ク一視野ニ數個ヲ數フ圓形細胞ヲ各處ニ散點シ又各細胞間ニ赤血球ヲ存スル所アリカクノ如キ細胞群ノ周圍ノ結締織ニ接スル所ハ核及ビ原形質ノ染色ハ他ノ部ヨリ可良ニシテ組織間隙中ニ二三列ノ束狀ヲナシテ侵入シオル結締織纖維ト腫瘍細胞トノ關係ハ稍疎ナリ細胞ノ脫離セル處又ハ强廓大ニテ細胞間ヲ檢スルニ細胞間小纖維ヲ見出サズ圓形細胞ノ集合ハ間質殊ニ怒張セル毛細管ノ周圍ニ著シキガ間質實質ノ區別ナク平等ニ存在シシカモ其ノ數多ク爲メニ圓形細胞群中ニ個々ノ腫瘍細胞群ヲ見ル位ノ所アリ而シテ腫瘍細胞ハ其ノ間ニ於テ著シキ變化ヲ呈サザルモノアルガ全ク多樣形トナリ原形質ニ富ム大ナル細胞ト化シ圓形ヨリ紡錘形又ハ不正形ヲトル核モ變化ヲ示シ膨大シ不規則ノ形ヲトリ尚核染色素ノ破片顆粒狀ヲナシ圓形又ハ不規則形ニ集圍シオルモノアリ核ノ破碎ノ結果ヨリ生ゼル又ハ眞正ノ多核細胞アリ間質ノ著

塊ト氣管枝內ニ腫瘍ノ隆起セル部分ヲ通ジテ少シ斜メナル橫斷ヲ加ヘ組織板ヲ取リ其ヨリ作リタル切片ヲ種々ノ高サニ於テ鏡檢ニ供セリ

「ヘマトキシリン」エオジン染色法ニテハ腫瘍ハ一般ニ紫赤色ニ染マリ深紅色ノ出血竈ト帶赤濃紫色ノ塲所ヲ混ズ肺實質組織ハ壓迫セラレ淡赤色ニ不完全ナガラ周圍ニ存在ス腫瘍組織周圍ヘノ移行ハ多クハ銳利ナルモ散在性ナル所アリ最モ內側部ニ二三ノ氣管枝ニ相當スベキ軟骨片アリ其ノ周圍ハ主腫瘍ト全ク離レオル轉移又ハ不完全ニ續キオル腫瘍塊ニテ圍繞セラル

顯微鏡下ノ所見ハ千差萬別ニシテ一方肉腫樣組織ヲ呈スルト共ニ他方ニハ癌腫組織ト見做スベキ所アリ其ノ他間質ノ多少及ビ出血變性等行ハル、ノ外圓形細胞浸潤極メテ顯著ニシテ爲メニ其眞想ノ窺ヒ難キ所アリ

(腫瘍細胞)——肉腫ノ如ク見ユル所ハ主腫瘍ノ周圍部又ハ轉移竈ニ於テ顯著ナリ網狀纖維ハ或ハ密ニ或ハ粗ニ列ナリ腫瘍細胞ハ其ノ間ヲ充塡シ大細胞性淋巴肉腫ヲ見ルガ如キ所アリ網狀纖維組織ノ網狀ニ排列スル處ハ胞巢肉腫ヲ見ルノ感アラシメ尙細胞ノ多樣形ヲ取ル處ニ來ラバ多樣肉腫ヲ思ハシム

間質ノ發生少ナキ所ニテハ實質細胞ハ不同ノ大サ及ビ多角ノ形狀ヲ有シ密在

孔ヲ通ジ進入シ來リ其ノ中ニアル脫離肺細胞又ハ滲出物ヲ壓迫シオルモノアリカクノ如キ細胞ハ其ノ生活力最モ旺盛ニシテ形チモ大キク且ツヨク染マル而シテコレ等腫瘍細胞ノ氣胞壁ニ對スル關係ハ疎ニシテ氣胞上皮細胞ハ其ノ增殖ニ關ラズ尙小ナル氣管枝ハ全ク一ノ腫瘍細胞ノ爲メニ充塡セラレオル所アリ

間質內ニアル血管ノアルモノハ腫瘍細胞ノ爲メニ全ク閉塞セラレ又其ノ中ニ發生セル血管ノ擴張ヲ示スモノアリ各處ニ旣存氣管枝ノ痕跡トシテ軟骨片ノ存在シオルモノアリ

變性トシテ腫瘍細胞群ノ壞死ニ陷リ淡赤色ニ染マリオル處又乾酪變性トシテ汚穢赤黑色ニ染マリ核染色素ノ破片末又ハ多核圓形細胞ヲ有スル所及ビ腫瘍細胞ノ粘液變性ニ陷リオル所アリ間質ハ血管ニ富ムヲ以テ已ニ腫瘍細胞間ニ出血ヲ認ムル所アリ其ノ出血度ノヤヽ增シ血液中ニ腫瘍細胞ヲ浮游セシメオル處アリ遂ニ大ナル出血竈ヲ形成スルニ至ル

中葉氣管枝分岐部ニ存在スル腫瘍組織ハ何レモ擴張性ニ增殖シオリ未ダ變性ヲ起サザル若キ時代トシテ存ス從テ軟骨ノ間ヲ通過シ粘膜內ニ隆起セル腫瘍ハ尙新鮮ナリ間質ハ殘存ノ結締織以外ハ幼若毛細血管ニ富ム粘膜自己ハ殆ンド腫

シク發生セル處ニテ赤染セル緻密ノ纖維及ビ紡錘形結締織細胞アリ其ノ中ニ變化セル同樣ニ多樣形トナリタル腫瘍細胞ト浸潤セル圓形細胞ヲ混ズ所ニヨリテハ腫瘍組織ハ立派ナル胞巢ヲ作リ其ノ內ニ多角腫瘍細胞群ヲ以テ充塡シ周圍ノ結締織ト疎ナル關係ヲ有スル所アリテ吾人ヲシテ腺細胞性癌腫ナルヲ思ハシムル處アリ

（問）―新生セルモノハ毛細管トコレニ伴フ僅少ノ結締織組織ヨリナル者ヨリ始マリ著シク肥厚シ緻密強固ニナル所アリ其ノ他炭色素粉末アリ間質ハ一般ニ血管ニ富ミ是レハ著シク擴張シ血液ヲ充盈スル所アリ爲メニ腫瘍細胞ハ網狀ノ血管ヨリ圍マレオル如キ所アリ其ノ他大ナル血管モ著シク怒張シオリ恰モ血管腫ヲ見ル感アラシム圓形細胞ハ到ル處ニ存在シ殊ニ血管ノ周圍ニ著シ尙「オルガンミックリー」ト稱ス可キ現象アリテ肺氣胞內ヲ腫瘍細胞ニテ滿タス處アリ其ノ細胞ノ形狀ハ周緣ニテハ多少骰子形ヲナスモ多クハ多角形ニシテ大小不同原形質ニ富ム其ノ隔壁ノ毛細管ハ一般ニ擴張ス圓形細胞ノ浸潤ハ其ノ隔壁ノミナラズ其ノ內部マデ存スルモノアリ尙處々ニ變性シ膨大セル大ナル胞狀又ハ顆粒粉ヨリナル核ヲ有スルモノアリ氣胞內ニ腫瘍細胞ノ塊トナリ Cohn 氏

孔ヲ通ジ進入シ來リ其ノ中ニアル脫離肺細胞又ハ滲出物ヲ壓迫シオルモノアリ

性ナルモノハ肉腫樣ヲ呈シ多少擴大性ナル處ニテハ癌胞巢ヲ作ルモノナル事ヲ思ハシムル殊ニ腫瘍細胞ハ其增殖力頗ル旺盛ナルハ核分剖像ノ饒多ナルヨリモ信ズ可キモノニシテ其ノ腫瘍組織ハ細胞多ク從テ間質ニ同ジク髓樣性ナリカクノ如キ場合ニ於テ癌腫ニ於テモ其ノ周圍ハ浸潤性增殖ノ著シク現ハルヽハ吾人ノ常ニ經驗スル所ノモノナリ尙吾人ヲシテ癌腫ナルヲ思ハシムルハ肺氣胞內ノ腫瘍細胞ナリカクノ如キ空隙ニ於テハ周圍ノ抵抗最モ僅少ナルヲ以テ常ニ己レノ性狀ヲ發揮シテ餘ス所ナシ而シテ吾人ノ腫瘍細胞ハ此處ニ於テ明カニ癌腫細胞型ヲトリシカモ多角形細胞ト見做スベキモノナリ故ニ吾人ハコノ腫瘍ハ癌腫シカモ腺細胞性ニ屬スベキモノニシテ增殖旺盛ノ結果肉腫樣型ヲトルニ至リタルモノナリトス而シテコノ場合ニ於テ間質內血管ニ富ムハ特書ス可キモノニシテ從テ出血ヲ惹起シ易シ增殖旺盛ノ結果ハ腫瘍組織ハ壞死ヲ起シ易キモ亦理解シ得ベシ而シテ其ノ發生セル場所等ニ就テハ吾人コレヲ知ルニ由ナシ然レモ其ノ腫瘍細胞ノ性狀ニ徵スレバ氣管枝腺ノ分泌部ヨリ生ゼルモノニアラザルカシカシテ氣管枝腺ハ漿液粘液腺ノ混合ナレバタトヘ粘液變性ノ行ハルヽコト少ナクトモコレヲ强テ粘液腺ニ求メズ漿液腺ニ歸スルコトヲ得ベン肺氣胞細胞ヨリ生

瘍組織ノ爲メニ侵蝕セラレオリ殘リオル部分ハ肥厚ス粘液腺モ受働的ニ壓迫萎縮ニ陷リツヽアリ間質及ビ實質内ニハ圓形細胞ノ浸潤ハ粘膜部ニ當リ顯著ナリ

主腫瘍ノ最内方ニアル氣管枝モ腫瘍轉移ノ爲メニ外方ヨリ押サレ軟骨ハ轉位シ管腔ハ狹メラレ不規則ノ形トナル氣管枝粘膜ハ皆受働的ニタチ腫瘍組織ノ爲メニ壓迫セラレ其ノ裡ニアル粘液腺モ萎縮ヲ呈シツヽアリ

○考按○

前上記載ニヨリ吾人ハ肉腫及ビ癌腫ノ混在ヲ信ズベキカ此ノ場合ニテハ其ノ必要ナシ大細胞性肉腫ニ見ユル處ニテモ細胞ノ形狀及ヒ性質細胞間ニ網狀纖維ヲ缺クコト周圍ニ對シテ肉腫程親密ノ關係ヲ有セズ故ニコノ場所ノミヲ見テモ全ク定型的肉腫ナルコトヲ信ズルコト能ハズ間質ノ增シ細胞ノ形狀性質ヲ變ズルハ細胞自身ニ退行性變性ノ行ハレオルモノニシテ兩者ノ間ニ漸々タル移行ヲ認ムルコトヲ得ルニテモ明カナリ加フルニ混合傳染トモ認ム可キ圓形細胞ノ存在ハカヽル所ニヨリ多ク實驗セラル殊ニ圓形細胞型ハ主腫瘍ノ周圍又ハ轉移ニ於テ最モヨク發揚セラレオリ最モ新鮮ノモノト見做スベキモノナリ然レモ同時ニ立派ナル胞巢ヲ形成シ明カナル腺細胞性癌腫ナル所アリテソヨリ多ク浸潤

四十年四月十三日原因ナク忽然惡寒戰慄中等度ノ發熱全身ノ倦怠アリテ十日間臥床ス五月ノ始メ再ビ卒然ノ惡寒戰慄アリテ發熱アリ醫藥今日マデ其ノ効ナシ五月ノ半バ大ナル咳嗽ヲナシ黃色膿樣激シキ惡臭ヲ有スル喀痰ヲ喀出セリ以來咳嗽ハ激シク惡臭ノ喀痰ハ其量ヲ增セリ併シ血液ノ混和ナシ溜竇性ノ疼痛ガ左ノ上胸部ニアリ左側ノ肩及ビ腕ニ放射ス本年八月二十日入院ス

現狀

中等大惡液質ノ狀態ニアリ顏貌ハ重症ヲ現ハス口唇ハ暗赤色ヲ呈シ口ニ惡臭アリ胸廓ハ扁平上下鎖骨窩及ビ肋間ハ强ク陷入ス呼吸ノ際左側ハ僅カニ遲レル靜止坐位ニ於テ已ニ呼吸困難アリ肺ハ右方ハ到ル處呼吸音粗雜ナリ左ハ前ハ殆ンド全ク濁ニシテ抵抗アリ呼吸音ハ甚ダ微弱ナリ左後ハ上ハ第四胸椎棘狀突起マデ濁ソレヨリ下ハ稍短呼吸音微弱ナリ心尖ハ第六肋間乳線ニアリ心音ハ純清ナリX光線ニテハ左ハ肺尖ヨリ第七肋骨迄前腋窩線ニ於テ濃キ影アリ淋巴腺ハ左ノ腋窩淋巴腺ノ二三ハ鳩卵大ニ腫脹ス尿及ビ糞便共ニ變化ナシ喀痰ハ三層ヲナス上層ハ水泡ヲ以テ被ハル、粘液膿樣層中間ハ漿液層下層ハ膿物層コレナリ其臭ハ精液ノ如シ結核菌ナシ癌腫細胞ヲ發見セズ彈力纖維及ビ脂肪酸針アリ

經過

一月二十二日左側上胸部ニ鈍痛アリ試驗的穿刺ニヨルモ液ヲ出サズ一月二十三日激シキ咳嗽アリテ睡眠ヲ妨ゲ右ノ後下部ハ呼吸音甚ダ粗ニシテ囉音アリ一月二十四日ニ輕度ノ浮腫ヲ左ノ手

ズルモノハ細胞ノ骰子狀ニナリ層疊シ寧ロ扁平上皮細胞ニ近キ像ヲ呈スルモノナリ尙其ノ間質ニ比較的毛細管饒多ナルハ腺細胞トシテ比較的多クノ毛細管ヲ有スルニ考フレバ怪ムニ足ラズ而シテ大ナル氣管枝ニ於テ吾人ハコノ腺細胞ノ癌腫性變性ヲ認ムルコト能ハザルヲ以テ更ニ小ナル氣管枝腺ニ歸セザル可カラズ主腫瘍ノ一端ニアリ多樣形肉腫ノ如キ像ヲ呈スル處ハ他ニ比シ多少舊シト雖モ必ズシモ之ヲ最老期ニアルモノト見做スベカラズ

コノ例ハ以上ノ如キ旺盛ナル增殖力ヲ有スル腫瘍細胞ヨリナルガソレニ混合傳染ヲ伴ヒ圓形細胞ノ浸潤著シク爲メニ其ノ眞像ヲ見誤ル如キ所アル位ナリ

○實驗例　第五

橋本某、男性、人力車夫、五十四歲

既往症

母ハ呼吸器病ニテ五十五歲ノ時死ス兄弟四人ノ內兄ハ黃疸姉ハ梅毒ノ爲メニ斃レタリ幼少ヨリ薄弱ノ質ナリ三十歲ノ時結婚セルガ小供ナシ妻女ハ流產セズ四十六歲以來每夏期ニ腰痛ヲ訴フ

現在症

(六)縦隔膜淋巴線ノ肥大及ビ癌腫性變性(?)

(七)右側石灰性氣管枝淋巴腺

(八)右肺ノ嚢狀氣腫

(九)右肺下葉ノ加答兒性肺炎

(十)右側限局癒着性纖維性胸膜炎

(十一)漿液性纖維素性心嚢炎

(十二)肝臓ジストマ

(十三)肝及心筋ノ褐色萎縮

(十四)欝血腎

(十五)輕度ノ脾腫

(十六)慢性胃加多兒

體格大骨格中等度可良營養不良ノ屍皮膚ニハ處々皮下出血ヲ認ム浮腫及黄疸ナシ淋巴腺ノ外ヨリ觸知スベキモノナシ腹腔内ニ異常ノ液ナシ腸間膜ハ脂肪ニ乏シク靜脈ハ血量ニ富ミ處々ニ瘢痕性纖維索アリ淋巴腺ハ多少腫脹セルモ割面ハ只髄様ヲ呈ス前縦隔膜ニ於テ胸骨ノ中央迄達セル不平等ノ硬度ヲ有セル腫瘍

青ニ生ズ二十八日ニハ消失ス腋窩ノ淋巴腺ヲ剔出シ鏡檢セルニ變化ナシ毎日午後ニ至レバ惡寒アリ二月六日食道狹窄感覺ヲ訴フ「ブヂー」ニテハ不明ナリ二月七日左ノ乳線ニテ第二肋間ニ試驗的「プンクチオン」ヲナシ稀薄膿樣液ヲ出ス葡萄狀菌アリ二月十日顏面ヤヽ膨レ十四日ニハ右半顏面ニ浮腫ヲ生ズ呼吸困難咳嗽喀痰多ク食慾ナシ二月十五日呼吸困難ハ增シ右ノ前及ビ後到ル處ニ中等大ノ水泡音ヲ聞ク體溫三十八—九度午後五時二十五分激シキ呼吸促迫ノ下ニ鬼籍ニ上レリ

○解剖所見

明治四十一年二月十五日午前五時死去

同　十六日午前十時解屍

臨床的診斷　肺壞疽(癌腫？)

解剖的診斷

(一)左肺上葉ヨリノ癌腫

(二)心囊ヘノ癌腫貫入及ビ肺靜脈ノ癌腫性狹窄及ビ侵入

(三)上葉ニ於ケル多數ノ氣管枝擴張性空洞

(四)左肺下葉ノ壞疽性空洞及ビ其ノ附近ノ肺炎及ビ無氣

(五)左側全部癒着性胸膜炎

性狀ハ左胸ニ同シ

胃ハ少量ノ粘液ヲ含有シ粘膜ハ白色ニ渾濁シ濃厚ノ粘液ヲ被フ鍬襞冠ニ相當シ充血ノ處アリ

骨盤諸臟器、膀胱粘膜ハ輕度ノ充血ヲ呈シ攝護腺ハ萎縮ス、直腸粘膜ハ變化ナシ、廻盲腸ヲ開クニ粘膜ハ輕度ノ充血ヲ呈シ粘液ノ分泌ヤヽ增加ス、小腸粘膜ハ充血ヲ呈ス、睾丸ハ蒼白間質ハ稍々增加ス

左肺ハ心臟及ビ頸部諸臟器ト共ニ取リ出サル胸壁トノ癒着甚ダ强カリシガ爲メニ暴力ヲ用ヒ剝ギ取リタル結果組織缺損ヲ生ジタリ

心囊ハ擴張シ其ノ上部ハ雞卵大灰白色ニ見エル腫瘍隆起アリ其ノ上ヲ被フ心外膜ハ充血シ中央部ハ甚ダ菲薄ナリ血管根幹部ニハ塊狀ニ增殖セル灰白色ノ腫瘍塊アリテ隣接セル左心前房及ビ肺靜脈ト癒着ス上下大靜脈ハ變化ナシ大動脈ハ右上方ニオサレタリ大ナル血管ノ周圍ニアル淋巴腺ハ鳩卵大ニ腫脹シ一部ハ强キ充血ヲ呈シ一部ハ癌腫ニ變性ス心臟ハ萎縮ヲ呈ス瓣膜諸裝置ハ健全ナリ大動脈ノ內膜ハ輕度ノ硬變ヲ示ス左側肺動靜脈管ハ腫瘍塊中ニ封鎖セラレ狹窄ヲ引キ起シ殊ニ左側肺靜脈ハ一定處ヨリ消息子ヲ通セズ喉頭入口部ハ多少浮腫狀ヲ呈ス食道ハ僅カニ右ニ壓セラレ粘膜ハ蒼白ナリ

○腫瘍及其ノ附近組織ノ肉眼的所見

樣ニ隆起セル肺組織アリ左肺ハ厚キ結締織ヲ以テ胸壁ト癒着ス前縱隔竇淋巴腺ハ蠶豆大ニ腫脹シ斷面ハ一部ハ黑色一部ハ肉色ヲ呈ス心臟ハ右デ下方ニ壓迫セラル右肺ハ容量ニ富ム肺尖及ビ側面二三個處ニ於テ纖維性束ヲ以テ胸壁ニ附着スコノ側ノ胸腔內ニ少量ノ黃色透明ノ液ヲ容ル心囊液ハ四食匙黃色ニシテ混濁ス右肺ハ邊緣殊ニ上葉ハ囊狀氣腫狀ヲ呈スアチコチニ小ナル堅キ結節ヲ觸知ス淋巴管路ハ明カニナリテ見ユ硬度ハ靭硬ナリ割面ハ一般ニ血量ニ劣シ下葉ハ下垂性鬱血ヲ呈シ氣管粘膜ハ充血シ膿樣物ヲ入ル處々ニ拇指頭大迄ノ硬キ一部ハ膿樣液ヲ充タシ一部ハ顆粒狀ヲ呈スル肺炎竈アリ氣管枝淋巴腺ハ蠶豆大ニ腫脹シ色素ニ富ミ石灰化セル處アリ

肝臟、二五、一〇、六五大　表面ハ細微ノ皺襞ヲ有シ被膜ハ一般ニ肥厚ス處々瘢痕性肥厚ヲ呈ス硬度ハ靭硬ナリ割面ハ一般ニ暗褐色ヲ帶ビ小葉分像明カナリ種々ノ大サノ肥厚セル輸膽管アリ二三ノ肝經ヲ押シ出スコトヲ得タリ膽囊ハ强ク充滿ス

脾ハ一一、一七、一二、六大　表面ハ多少皺襞ヲ帶ビ被膜ハ肥厚ス脾髓ハ膨レオルガ容易ニ擦リ取リ難シ脾材ハ明カニシテ臍胞ハ認ムルコトヲ得

左腎ハ一一、一五、一三、大　莢膜ハ容易ニ剝離シ表面ハ平滑表面及ビ割面共ニ暗赤色ヲ帶ビ實質ハ輕度ノ腫脹ヲ示スモ混濁ナシ硬度ハヤヽ硬腎盂粘膜ハ僅カニ充血ヲ呈ス右腎ハ一一、五、五、三、〇大

大動脈ハ口峽部ニ於テ腫瘍ノ爲メニ狹メラレ内膜ハ輕度ノ硬變ヲ呈ス

○顯微鏡的所見

全割面ニ平行シテ心囊ニ接近セル處ヨリ大ナル組織片ヲトリコレヲ鏡檢ニ供セリ「ヘマトキシリン、エオジン」染色法ニテハ最外層ハ紫赤色ニ染マリ細微ナル胞巢狀造構ヲ有シ微弱ノ淡赤色染セル結締織ノ索狀ヲナシ内部ニ向フモノヲ含有ス次ニ稍々廣キ淡赤色ヲ帶ブル中層ニ移行スコノ層ニハ腫瘍細胞群少ナク斑狀ニ存在ス最内層ハ深紫色ニ染マリオル壞死物ト淡赤色ノ結締織ヲ混合ス

(腫瘍細胞)—腫瘍細胞ニ二種ヲ區別ス第一種ノ細胞ハ短圓柱形ヲナシ原形質ニ富ム核モ同形ヲトリ核染色ニ乏シク從テ核仁顯著ナリコノ細胞ハ索狀ヲナス處ニ於テハ二列ニ排列シ周圍ノ結締織トハ銳利ニ分劃ス而シテ其ノ長軸ハ壁ニ垂直ニアリカクノ如キ索狀細胞列ノ相互ニ連結輻湊スル時ハ恰モ參差セル樹梢ノ觀アリコレ等胞巢ノ其ノ大サヲ增スニ至リ細胞型ハ其周緣ニテハ圓柱形ナルモ中部ニ進ムニ從ヒ漸次其ノ高サヲ減ジ多角形トナリ原形質モヤヽ淡染ス細胞ニ於テハ核分裂像ヲ多ク見ル胞巢ノ大ナルモ者テハ其ノ中央部ニ變性起リ淡赤壞死層ヲ見ル處アリ尙僅少ナガラ細胞ノ排列花環狀ヲナシ管腔ヲ圍繞シヲル處アリ

右肺ハ大ニシテ固ク表面ハ厚キ新生結締織ヲ以テ被ハレ其上ニ肋骨ノ痕跡ヲ認ムコレニ大ナル前額切斷ヲ加フルニ腫瘍組織ハ上葉ニ位シ小人頭大ニシテ其大部分ハ已ニ軟化シ帶黃白色ノ纖維樣又ハ乾酪樣物ト化シ其ノ中ニ石盤色ニ硬結セル隔壁ヲ混ゼリ其內下方ハ前上記載ノ心囊內隆起ニ續行シコニ尙變性セザル腫瘍組織ヲ見ルコトヲ得即チコノ部ハ一般ニ灰白色ヲ呈シ胞巢狀造構ニ帶黃白色ノ顆粒ヲ含有ス肺上葉ハコノ腫瘍塊ノ爲メニ殆ンド占領セラル肺組織ハ周圍ニ壓迫セラレ多クモ二仙迷ヲ越ヘズ而シテコノ部分ハ全ク黑色ニ硬結セル肺組織ノ壁ヨリ界セラレタル大小種々ノ空洞ヲ有スル海綿樣組織ト化セリコノ空洞ノ大部分ハ擴張セル氣管枝ニ相當ス內容トシテハ濃厚ナル膿樣帶黃白色物ヲ有スルモノ又溷濁セル漿液ヲ入レ居ルモノ及ビ灰白色ノ腫瘍塊ヲ備フルモノアリ肺下葉ハ腫瘍組織ノ爲メニ壓迫セラレ無氣ノ狀態ニアリテ黑赤色ヲ帶ブ兩肺葉中間ノ截痕部ハ相癒着シ五密迷位ノ肥厚セル白色物ニ化ス下葉ノ截痕部附近ニ雞卵大不規則ノ形ヲ有シ無臭ノ膿樣物ヲ含有スル空洞アリコノ壁ハ火絨樣ニ化シオリ浮動ス周圍ノ肺組織ハ肺炎性顆粒ヲ現ハス氣管枝ヲ後方ヨリ開クニ一般ニ狹窄セラレオル上葉氣管枝ハ全ク閉塞シ帶黃白色ノ腫瘍塊ヲ露出ス

腫瘍細胞ハ癌腫ニ屬スベキモノナルコハ明カナリ而シテ其ノ中ニ二種ノ細胞型アリテ一ハ圓柱細胞癌他ハ腺細胞癌ニ屬スベキガ原來兩者ハ同一ノ起原ヲ有スルモノニシテ其ノ移行像等アリ吾人ノ實驗ニ從フ時ハカクノ如キ時ハ其ノ定型トシテハ圓柱細胞ヲトリコレガ變化シテ腺細胞樣トナリタルモノト理解ス故ニ圓柱細胞癌ナリ而シテ核分剖像ノ饒多ナルハ其ノ癌細胞ノ盛ナル增殖力ヲ有スルコトヲ證明ス從テ壞死等ノ變性ノ著シキ版圖ヲ占ムルニ至ル腫瘍塊中ニ石盤色硬結セル肺組織ヲ混ズルハ勿論腫瘍ヨリ舊クシテ寧ロ其ノ發生前ノ產物タルコト明瞭ナリ然ラバ腫瘍外ノ同樣ニ硬結シ氣管枝性空洞ヲ作リオル組織モ同樣ニ腫瘍前ニ存在セルモノナリ且ツ癒着性胸膜ノ肥厚ト相待テ其病變ノ新シカラザルコヲ確認セシム

肺ノコノ變化ハ如何ナルモノナルカ其肉眼的所見ヨリ肺壞疽氣管枝擴張ニ伴ヒタルモノラシク其肺壞疽ノ餘燼トシテ尙下葉ノ一部ニ行ハレ居ルモノナラン

肺ノ此ノ變化ト腫瘍發生トノ關係ハ前者ノ絕ヘザル慢性刺擊ハ遂ニ氣管枝粘膜上皮細胞ヲシテ肥大增生遂ニ腫瘍細胞ニ變性セシメタルモノナラン

○摘要。

第二種ノ細胞ハ其形種々ニシテ圓形橢圓形乃至ハ不規則型ヲトリ原形質ニ乏シク蓯カニ淡染ス核染色素ニ富ミ濃染色シ其ノ大サハ第一種ニ比スレバ遙カニ小ナリ其排列ハ不規則ニシテ索狀ヲナスモノヨリ大ナル胞巢ヲ作リヲルモノ、外周圍ニ對シ浸潤性ニ增殖シ肉腫狀ヲ呈スル處アリ核分剖像多シ

各胞巢ハ各種ノ腫瘍細胞ヨリナルガ或ル胞巢ニテハ兩種ヲ混ズルモノアリテ双方ノ間ニ漸次ノ移行ヲ示シ全ク特種ノ細胞種ニ屬セザルヲ證ス

(間質)——ハ周緣ニ於テハ紡錘形細胞ヲ有スル幼若結締織ヨリナリ圓形細胞ノ浸潤アルモ著シカラズ中部ニ進ムニ從ヒ結締織ハ緻密トナリ硝子樣ニ見エ又粘液樣變性ヲ呈スル處アリ然レモ腫瘍組織ノ間質トシテ新生セル證トシテ炭色素ノ沈着等ナシ然レモ尙中部ニ進メバ密ナル結締織中ニ炭色素アリテ慢性間質炎ノ石盤色硬結ヲ呈スル處アリ

變性ハ腫瘍細胞群ノ壞死ニ陷リ赤色平等ニ染色セル處ト又混合傳染ノ爲メ乾酪變性ニ陷リ汚穢ナル紫赤色ニ染マリオル處アリ多核白血球核又ハ腫瘍細胞核ノ破壞物ヲ混ズ

○考按○

腫瘍細胞ハ癌種ニ屬スベキモノナルヤハ明カナリ而シテ其ノ中ニ二種ノ細胞

			腫瘍塊ノ隆起アリ	癌珠及ビ有棘細胞ナシ	
(三)	33才♀	右側肺門	鷲卵大、肺組織内ニ氣管枝ニ沿フテ入ル氣管分岐點二仙迷離レ瘤狀ニ突起シ右上中葉氣管枝ヲ破壞ス外ハ氣管枝ノ前面ヲ傷ツリ生長ス腫瘍組織ハ一般ニ結締織ニ富ミ胞巢狀造構明カナリ	腫瘍細胞ハ多クハ多角形粘液變性シ又ハ粘液分泌アリ又膠樣物ヲ分泌スルモノアリ胞巢狀ナルモノハ中心部ニ壞死巢ヲ有ス 結締織ノ多クハ最モ舊イ處ノ腫瘍細胞胞巢内ニ細胞間棘狀突起ヲ有スル化角セル扁平上皮細胞アリ 結締織ノ增殖ハ盛ニシテ中心部ノ堅縮セル爲メ轉移ニ臍窩ノアルモノアリ	同側氣管枝淋巴腺肝臟、胃腸、肝臟皮膚
(四)	43才♂	右肺中葉	鷄卵大、割面ハ一般ニ灰白色髓樣ナリ胞巢狀造構ハ明カナラズ出血軟化セル處アリ同側ノ氣管枝淋巴腺ハ腫脹シ持續的ニ氣管分枝ヲ傳ハリ肺組織内ニ進入シ來リ中葉分枝、上下二ツニ分レントスル處ニ粘莫ヲ破リ隆起ス主腫瘍ト明カナル連絡ナシ	腫瘍細胞ハ多角形ニシテ核染色素及ビ原形質ニ富ム核分劑像夥多ナリ間質少ノク一見胞巢狀肉腫ノ感アリ圓形細胞ノ浸潤著シ腫瘍細胞ノ變形シ多樣性肉腫ヲ觀ル如キ處アリ立派ナル胞巢又「オルガンミ、クリー」ノ處ニテハ癌細胞ナルコト疑ナシ腫瘍細胞粘液變性ニ陷リオル處アリ	肺臟ノ縱隔膜淋巴腺、肋骨椎骨數ケ處ノ筋肉肝臟、左腎、轉移
(五)	5才♂	左肺ノ上葉	小人頭大、大部分、軟化シ帶黃白色纖維樣又ハ乾酪樣物ニ化ス其ノ裡ニ石磐色硬結セル隔壁ヲ混ズ健全ナル部ハ心囊内ニ隆起セル處ノミコレハ一般	非變性部ノ細胞ハ圓柱細胞型、規則正シキ排列ヲナスモノ多角形ニシテ排列不規則ノモノアリ移行像アリコノ部ハ間質ノ發育少シ内部ニ進ムニ從ヒ腫瘍組織ハ變性ニ陷リ壞死又ハ乾酪變性ヲ呈ス肉眼的	縱隔膜淋巴腺、

讀者ノ理解ニ便センガ爲メニ重複ヲ厭ハズ茲ニ各例ノ大略ヲ表ヲ以テ現ハサントス

肺癌ノ種類

番號	性及年齢	腫瘍ノ位部	肉眼的所見	顯微鏡的所見	轉移
(一)	51才♂	左肺下葉	鷄卵大ノ割面ハ上外方ニ二十錢銀貨大ノ肺胚部ヲ以テ其ノ周圍及ビ他ノ大部分ハ灰白色ノ腫瘍塊ヨリナル肺胚部ノ中央ニハ灰白色ニ見ユル壞死部アリ周邊ハ下葉氣管枝ニ續行ス	肺胚部ニハ漏力纖維著シク增生シ又血腦ニハ腫瘍細胞及間質ト脂肪顆計ヲ有ス腫瘍細胞ハ壞死部ノ近クモノハ短圓柱形又ハ氣胞上皮細胞ヨリ漸次縮小シ遂ニ定型的癌細胞ト變性シ其ニ移行ス定型的癌細胞中央ニ至ルニ從ヒ多角形又ハ扁平ニナル細胞ニテ充滿ス細小ナル癌巢ハ扁平ナルモノハ細胞ノ形約鏃形ナリ「オルゴン」「ミ、クリ」ノ明カナル所アリ癌珠様細胞ナシ	同側肺組織同側氣管支淋巴腺肋骨前縱隔腺淋巴腺、膵管、食道粘膜中ノ纖維性肉腫
(二)	67才♀	腫瘍ノ大部分ハ肺組織ノ外ニアリ上葉氣管枝ノ後方ノ前面上大靜脈ト右心房ノ間ニ位ス	上方ハ肺上葉ノ後面ヲ被ヒ下方ハ中葉下葉氣管枝後部ヲ走ル腫瘍塊ニテ大肺動脈ヲ傳ツリ來リ肺門部ハ最モ結締織ニ富ミ白色又ハ帶黃白色ノ實質ヲ有スル胞巢アリ其ノ他ハ結締織ガ少ナイガ胞巢及ビ上葉氣管枝粘膜内ニ小	胞巢小ナルモノハ核及原形質ノ濃染セル紡錘形細胞ヨリナル胞巢稍大ナルノ前上細胞ハ多角形細胞ヨリナル大ナルモノニ層ノ細胞群アリ外層ハ細胞淡染セル原形質胞狀核ヲ有シ内層ハ細胞原形質溫赤色ノ核ハ縮小、分解、不規則ノ形ヲトル最内部ハ一樣赤ク染マリ石灰沈着アリ其ノ外層中又ハ結締織ノ造様ノ明カナリ氣管枝粘膜内ニ小	右側氣管枝淋巴腺其他ニ轉移結節ナシ

腫瘍塊ノ隆起アリ　癌腫及ビ白血球細胞ナシ

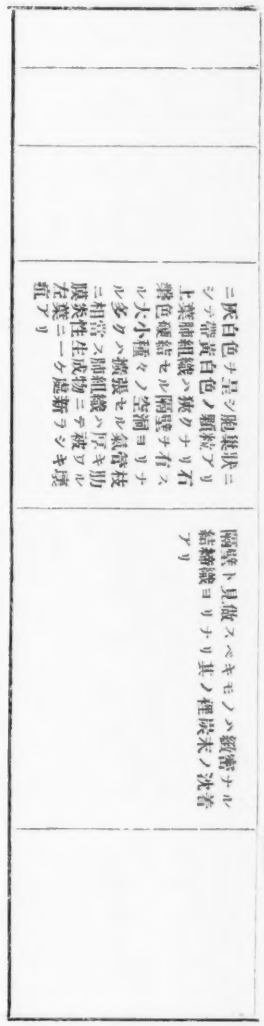
播轉移ヲ作ルノ具合モ又一顧ノ價値ナキニアラズ

(第一)(イ)成書皆右肺原發ヲ多シト記ス余ガ例ニ於テモ五例中三例(第二第三第四)ハ右肺ニ占位セリ

(ロ)男女性ノ頻數ヲ比較スルニ何レノ報告モ男性ニ多ク來ルトナス Hasse 二十二例中男十七女五 Reinhard 二十七例中男十六女十一ナリ予ノ五例ニテモ男三女二ノ割合ナリ尙我ガ敎室數年來ノ剖檢記事ヨリ得タル八例ノ肺癌中男六女二ヲ算セリ

(ハ)年齡ニ關シテハ諸種ノ報告一致セズト雖モ四十歲以後ニ起ルヲ多シトス Reinhard ハ七十例中四十歲前ハ十五例其ノ以後ハ五十五例ノ多キニ達スト言フ予ノ五例中四例ハ四十歲以上ニシテ又我ガ敎室前八例中一例不明ナルヲ除キ六例ハシカモ皆五十歲ニシテ一例ノ三十三歲アルノミ

(ニ)肺癌ニハ大體肺尖ニ來タル結節狀ノ者ト肺門ニ位スル浸潤性ノ者トアリトノ事ナルガ予ガ五例ハ中三例肺門ニ占位シ唯第一例ハ特別ノ原因ヲ以テ下葉ニ發生シ第四例ハ原因不明ニテ中葉ニ位セリ然カモ皆周圍ニ向ツテ浸潤性發育ヲ遂ゲツヽモ尙擴大性限局性ノ竈ヲ作ル獨リ第五例ハ本來氣管枝擴張ニ伴ヒタル慢



○所見總括

前上記載ニ於テ知ラルヽガ如ク予ノ肺癌實驗例ハ其ノ變化既ニ高度ニ達シオリ其ノ根原ニ遡リ當初發生狀態等ヲ論ズルニ適セズ唯予ヲシテ其ノ細胞ノ性狀ニ據リテ腫瘍ノ造構ニ鑑ミイカナル部分ヨリ生ジタルカヲ思ワシメ又他ノ慢性病變ノ既存ヲ立證スルニヨリコレガ癌發生ノ誘引トナリタルコヲ想像セシムルニ過ギズ然リ而メ序言ニ言ヘルガ如ク種々ノ上皮細胞ヲ有シ又迷芽モ他ノ處ヨリ多ク存在スルトノコトナルヲ以テ已ニ成リ上リタル同ジ肺臟癌腫ナレモ種々ノ形狀排列トナリ來ルヲ以テ形態學上ニ論ズルモ趣味津々タル者アリテ決シテ徒勞ニ屬セザリシハ予ノ自カラ滿足スル處ナリ其他肺原發竈ヨリ自家及諸臟器ニ傳

(ハ)今コレヲ發生部位ト對照スルニ

第一例左肺下葉ノ肺胞ー細氣管枝ヨリノ扁平非角化上皮癌

第二例右側肺門ヨリノ迷芽ヨリ生ゼル扁平非角化上皮癌

第三例右肺門ノ腺腫性癌

第四例右中葉ノ腺細胞癌

第五例左上葉ノ圓柱細胞癌

(第二〇〇〇發生)第一例ニ於テ閉塞セル氣管枝ト連續セル肺胝樣硬結内ニアル壞死竈ノ附近ニ殘存セル氣胞又ハ小氣管枝ノ上皮細胞ノ漸次增生シ遂ニ腫瘍細胞ヲ成形セル處ニ移行スルヲ以テコノ處コソ其ノ原發竈ト見做スベキモノナリ然レドモ既ニ變化ノ進ミオリ單中心性カ又複中心性カ何處ガ其ノ處ニ當ルヤヲ確定スルコト能ハズシカシ腫瘍ノ其ノ他ニ存在セルモノハ皆其ノ轉移結節ナルコト丈ハ明カナリ第二例ハ肉眼的又ハ顯微鏡的所見ニ從ヒ肺組織外ニ位シオリ肺門部ガ其ノ變化最モ舊キヨリ其ノ原發竈ハ肺ノ内部ニアラズ少クモ肺門部ニアリタルナラン其ノ細胞型ハ扁平上皮細胞ナルヨリ Cohnheim ノ迷芽ニ歸スルモノナラン其ノ他ノ三例ニ於テモ何レモ其ノ原發竈ト見做スベキ所ヲ發見シ難キ程病變ノ

性肺壞疽性肺ニ生ジタル者トシテ頗ル迅速ニ上葉ノ中央部ニ於テ肺組織ノ地位ニ入リ代ハリテ小兒頭大ノ竈ヲ作レリ隨テ肺炎性ノ者一モコレヲ存セズ

(ホ)偖其ノ種類ハイカン第一第二例ハ其ノ形態上ヨリ言ヒ化角現象棘細胞細胞間纖維等ノ發見ナキヲ以テ定型的扁平表皮細胞癌ナルコヲ證明シ難キモ其ノ排列ノ具合ハ Krompecher 等ノ稱フル Basalzellenkrebs ト一致スル者ナリ Borrmann ハコレヲ眞皮癌腫トシ迷芽セル不全分化ノ表皮細胞ヨリ生ズルモノトセリ尙 Borst 等ハカクノ如キ細胞型ヲ以テ內被細胞腫トスルモ予ハク氏等ト共ニゴレヲ扁平上皮細胞癌ニ列セントス第三例ハ重ナル腫瘍細胞ハ腺腔ヲ圍ム腺腫性癌ナルガ其ノ舊竈ノ胞巢內ニ化角シ棘突起ヲ有スル扁平細胞ヲ含有スルモノアリ予ハコレヲ腫瘍ノ隔代遺傳ト名ケタリ第四例ハ其ノ造構恰モ肉腫ノ如キ觀ヲ呈スル處アリ間質モ血管ニ富ミオルガ肉腫ニアラズシテ細胞ニ富ム髓樣腺細胞癌ニ歸スベキノナリ第五例ハ三種ノ細胞型ヲ有スルガ其ノ圓柱細胞型ガ定型的ノモノニシテ圓柱細胞癌ニ屬スベキモノナリ卽チ第一第二例ノ扁平上皮癌第五例ノ圓柱細胞癌第三例ノ腺腫性癌ヲ普通肺原發癌ニ見ル型トシ第四例ノ腺細胞癌ヲ異例トス

管ノ栓塞セラルヽ場合ニアリ故ニ大ナル胞巣内ニ於ケル腫瘍細胞ノ壞死又全胞巣ノ死滅ヲ結果ス即チ第一第二例ニ見ルガ如シ然レモ間質ハ血管ニ富ミ血液ノ供給饒多ナル時ハ第四例ニ見ルガ如キ營養不良ニ陷ル憂ナキガコレニ反シ出血ニ傾キ易シ

尙肺ハ氣管ニヨリ外部ト連絡スルヲ以テ病變ノ行ハルヽ處ニ最モ多ク來ル混合傳染アリ又多少ニ係ラズ圓形細胞ノ浸潤ヲ引キ起スコノ最モ著シキハ第四例ニシテ爲メニ其ノ眞相ノ隱匿セラレオル所アル位ナリ

腫瘍細胞自個ハ其ノ起原ニヨリ粘液樣變性ヲ營ミ殊ニ第三例ニ於テ著シ第四例ニ於テモ其ノ一部ハ同樣ノ變性ヲ呈スル所アリ尙細胞ノ變性トシテ原形質ノ濃染シ膨大セルモノアリ其ノ核ノ變化ニ至リテモ膨大水胞狀ニナルモノ縮少シ遂ニ破碎セルモノアリ

間質ハヤヽ舊クナリタル處ハ硝子樣變性ヲ營ミ又粘液樣變性ヲ呈スル處アリ

(四)增殖及轉移　腫瘍細胞ノ發育增殖ハ浸潤性又ハ擴大性ニ行ハレ組織間隙ヲ傳ハリテ傳播ス然レモ其ノヤヽ遠キニ達スルモノハ淋巴管又ハ血管ヲ介ス故ニ氣管枝ノ周圍淋巴管內ニ腫瘍細胞ノ進入シオルヲ見ル處多シコノ際予ハ Zelender,

進歩シオルモノノミナリ唯第三例ニ於テハ夫ノ角化細胞ヲ有スル胞巣存在部ヲ以テ最舊部ト認ムルコヲ得ル位ナリ

其ノ發生原因ニ就テモ唯其一二ニ於テコレヲ揣摩憶測スルコトヲ得ルノミ第一例ハ癌腫發生前ニ慢性ノ炎症行ハレ其ノ結果目下ハ瘢痕組織ヲ見ルノミナルガ偶々コノ處ニ其ノ原發竈ヲ求ムベキヲ以テ其ノ慢性炎症瘢痕作成ハ癌腫發生上大ナル意味ヲ有スルモノニシテ恐ラクハ其ノ永キ刺激ガ遂ニ殘存セル氣胞又細氣管枝ノ圓柱形乃至骰子形細胞ヲシテ增殖セシメ遂ニ癌腫ニ變性セシメタルモノナラン其五例ハ癌腫ニ氣管枝擴張及肺壞疽ヲ伴フモノナリ肺壞疽ノ以前ヨリ存在セルコハ前述ノ如シ然ラバ其ノ慢性炎ガ擴大シオル氣管枝又ハ空洞ヲ被フ上皮細胞ヲ持續的ニ刺戟シ遂ニ惡性ニ變化セシメ無限ノ增殖ヲ營マシムルニ致リタルモノナリト信ズ下葉ニ行ソレオル肺壞疽ハコレノ新ラシキ形トシテ存在スルモノナルコヲ信ゼントス其ノ他第二第三第四例ニテハコレト連關セシムベキ原因ヲ發見スルコト能ハズ

(三)變性　腫瘍細胞ニ變性ノ行ハルヽハコレニ送ラルベキ營養液ノ不及又抑遏ニアリ即チ腫瘍細胞ノ增殖ノ間質生成ニ比シ旺盛ナル時カ又營養液ヲ送ルベキ血

第三、第五例ニ於テハ氣管枝擴張肺壞疽ノ癌腫發生前ニアリテ遂ニ癌發生ヲ誘導セルモノナルベシ

第四、第三例ノ腺腫性癌胞巢内角化有棘扁平上皮ノ存在ハ擧ゲタル理由ニヨリ迷芽ニアラズ又普通化生ニモ非ラズコレ亦塲合ニヨリ扁平上皮ト成リ得ベキ遺傳性々質ノ局所組織ガ慢性刺戟ヲ被ムル結果粘膜圓柱上皮ニ於テ發現セル者ニシテ予ハコレヲ隔代遺傳ノ腫瘍新生上ニ於テ經驗セラレタル者ト認ム

第五、轉移ハ血管淋巴管乃至ハ氣管枝ニ依ル、内臟及骨轉移ヲ營ミシハ第一例ノ扁平上皮癌ト第四例ノ腺細胞癌ニシテ内臟皮膚ニ轉移結節ヲ生ゼルハ第三例腺腫性癌ナリ轉移ノ少ナク僅カニ局處ノ淋巴腺ニノミ限リオルハ第二例ノ扁平上皮癌ト第五例ノ圓柱細胞癌ナリ

第六、第一第四例ニ於テ「オルガンミ、クリー」ノ像明カナリ

第七、淋巴管内被細胞ハ腫瘍細胞ニ伴レテノ增殖ヲ示サザリキ

第八、肺癌ハ混合傳染ニカ、リ易シ

第九、第三例ニ於テハ結締織ノ增殖盛ニシテ爲メニ臍窩形成ハ轉移ニ於テモ著シ

Siegelt ノ如ク内被細胞ノ共同増殖ヲ實驗セス血管内ニモ各處ニ腫瘍組織ノ栓塞ヲナシ存在シオルヲ見ル處アリ即チ淋巴管又ハ血管ヲ介シテ腫瘍ハ肺組織又ハ遠隔ノ處ニ轉移ス淋巴管ニテハ常ニ其ノ例ノ淋巴腺腫脹シ癌腫性ニナリオルヲ見ル肺ニハ以上ノ外氣管枝内ニ破レ込ミ傳播スル仕方アリ氣管枝ニ腫瘍組織ノ進入シツヽアルノ像既ニコレヲ栓塞シオルノ像ヲ屢々見ルコトアリ而シテコレヲ介スルカ又ハ直接ニ肺氣胞内ニ腫瘍細胞ノ進入シ此處ニ自由ノ身トナリ盛ニ増殖シ自個ノ本性ヲ發揮シオル處アリ爲メニ氣胞ノ形ニ從ヒ排列シオル「オルガンミヽクリー」コレナリ

○結論

第一、(一)(二)例ハ Krompecher ノ Basalzellenkrebs ニ類スル非角化性肺原發扁平上皮癌ナリ

(三)例ハ腺腫性癌ニシテ舊部少數胞巢内ニ角化性有棘扁平上皮ヲ有ス

(四)例ハ腺細胞癌ナリ

(五)例ハ圓柱細胞癌ニ屬ス

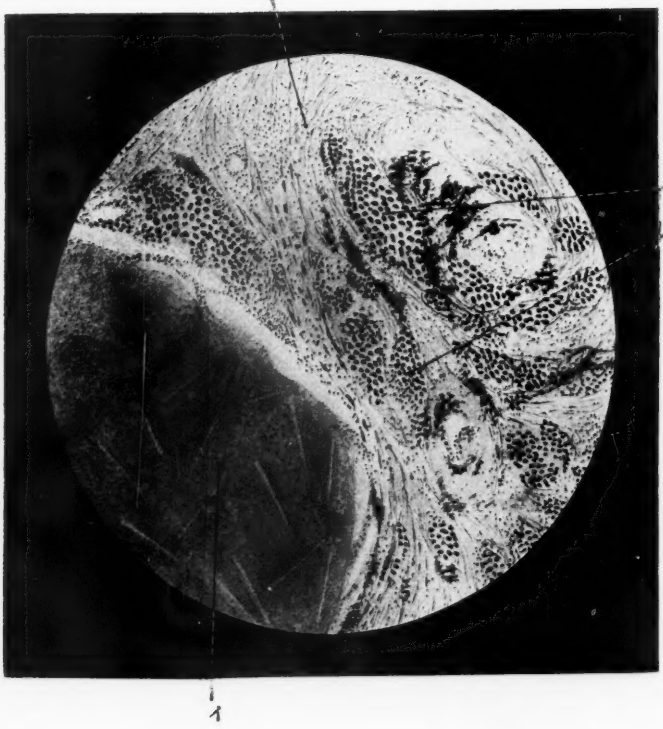
第二第一例ニ於テハ慢性肺胝樣炎癌腫發生ノ原因ナルベシ

Taf. X

第十圖板

Fig. 1

第一圖



稿ヲ終ルニ臨ンデ青山三浦入澤三内科ノ貴重ナル病床日記ヲ貸與セラレタルヿヲ感謝シ恩師山極教授ノ懇篤ナル指導ト嚴正ナル校閲ノ勞ヲ執ラレタルニ向テ謹謝ス

○圖解

第十圖板第一圖（ツアイス接眼鏡II接物鏡AA）

第一例　肺尖部中壞死竈及其ノ附近

（イ）壞死部

（ロ）既存小氣管枝又ハ肺胞上皮細胞ノ增生シ管腔ヲ失ヒタル者

（ハ）石盤色硬結結締組織

第二圖（同上廓大）

同例肺氣胞內ニ腫瘍細胞ノ進入增殖セルモノ（オルガンミ、クリー）

（イ′）腫瘍細胞ノ扁平上皮細胞型ヲ現ハスモノ

（ロ′）肥厚セル肺氣胞壁

第三圖（同上廓大）

第三例　腺腫性癌ノ最舊部

Taf. X

第十圖板

Fig. 2

第二圖

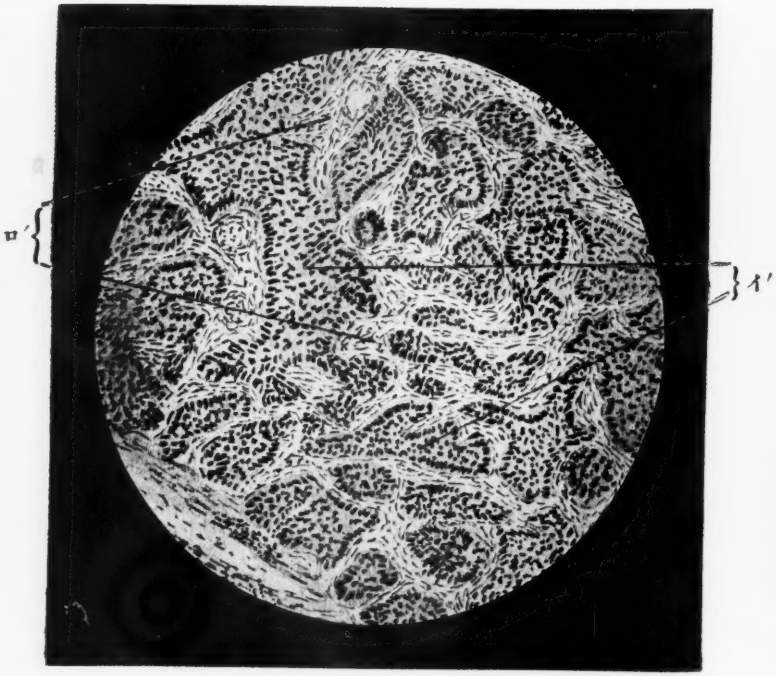


Fig. 3

第三圖



(イ) 腺腫性癌細胞ノミヨリナル胞巣

(ロ) 同上胞巣中ニ角化細胞ヲ含有スルモノ

(ハ) 間質

(ニ) 軟骨片

Litteratur.:

Siegert, Zur Histogenese des primären Lungenkrebses. V. A. Bd. 134;

Watsuji, Beitrag zur Kenntniss des primären Hornkrebses der Lunge. Z. f. Krebsf. Band I Heft. 5;

Pössler, Ueber den primären Lungenkrebs. V. A. Bd 145;

Herxheimer, Ueber heterogene Cancroide. Ziegler's Beitr. Bd. 40 Heft. 2. 1907;

Kaufmann, Lehrbuch d. spec. Pathologie;

Borst, Die Lehre von den Geschwülsten;

Nothnagel, Specielle Pathologie und Therapie;

Lehmkuhl, Ueber primären Krebs der Lunge mit Metastase, Inaugural- Dissertation 1893;

山極, 胃癌發生論;

Redlich, Die Sektionsstatistik des Carcinoms aus Berliner städlischen Krankenhaus am Urban

ヲ得其ノ鏡檢的研究ニ就テハ山極敎授ガ深厚ナル指導ヲ與ヘラレタルヿヲ茲ニ兩敎授ニ向ツテ感謝スルトコロナリ

女子ノ乳腺ニ來ル腫瘍中其ノ最多數ヲ占ムルモノハ言フ迄モ無ク癌腫ニシテ Billroth, Gross 氏等ノ統計ニ據レバ全乳腺腫瘍中ノ八二—八五%ヲ算ストイフ亦タ乳癌ハ獨リ乳腺腫瘍中ノ多數ヲ占ムルノミナラズ全癌腫ノ最多數者ノ一ニシテ阿部學士(貢夫)ガ我ガ佐藤外科ニ於テ最近五ケ年間ノ癌患者ニ就キ調査シタルトコロニ據レバ癌患者總數六百六十八人中壹百二十四人ハ乳癌ニシテ其ノ第一位ヲ占メ一八・五%ニ相當ス更ニ乳腺ニ來ル他ノ腫瘍ハ比較的僅數ナルモノニシテ古來ノ統計ニ據ルニ一八—一五%(全乳腺腫瘍ノ)ニ過ギザルナリ余ガ最近五ケ年間佐藤外科ニ於テ顯微鏡的標本ノ保存セラレアル乳腺腫瘍ニ就キ調査シタルトコロニ據レバ左表ノ如シ、

腫瘍ノ種類	員數	總數ニ對スル百分比
乳癌	六六	八九・二%
乳腺纖維腫	三	
乳腺肉腫	二	一〇・八%
乳腺腺腫	一	

nebst kasuist. Beiträgen. Z. f. Krebsf. Bd 5. Heft. 3 1907.

○同一乳腺内ニ癌腫及ビ内被細胞腫ノ併發シタル一例ニ就テ(Ueber einen Fall vom combinirten Auftreten von Carcinom und Endotheliom in einer und derselben Brustdrüse.)

―第十一圖ニ板第一―第三圖―

東京帝國大學醫科大學佐藤外科
陸軍一等軍醫醫學士　德岡熙敬

余ガ左ニ記載セント欲スル稀有ナル合併腫瘍(Kombinationsgeschwulst)ノ一例ハ曾テ我ガ佐藤外科ニ於テ(明治三十八年中)手術セラレタル者ニシテ最初臨床的ニ乳癌ト診斷セラレタルガ手術後腫瘍ノ深層ノ一部ヲ鏡檢シテ肉腫樣組織ノミ證明セラレタリ然ルニ余ハ近者腫瘍ノ各部ヨリ切片ヲ作リテ細檢セシニ癌腫ト内被細胞腫ノ合併腫瘍ナルコヲ確知シタリ即チ知ル腫瘍鏡檢ノ際ハ該腫瘍ノ各部ニ渉リテ細檢スルノ必要アルコヲ今マ恩師佐藤教授ニ請フテ此レヲ公ニスルコ

（宗族歷）父方併ビニ母方ノ祖父母ニ就イテハ知ルコヲ得ズ父母共ニ高齡ニ達シ老衰シテ死亡ス二人ノ兄及ビ一人ノ妹ノ死亡病名詳カナラズ遺傳トシテ徵スベキモノナシ

（既往歷）患者生來强健ニシテ幼時麻疹及ビ天然痘ヲ經過セリ四十歲ノ時輕度ノ喘息ニ罹リシ以外ニ著患ノ認ムベキモノナシ十六歲ニシテ月華來潮シ爾來整齊ナリ（月經閉止ノ時日不詳）十九歲ニシテ健康ナル一男子ト結婚シ一子ヲ產ミシガ兒ハ分娩後僅カニ二ケ月ニシテ死亡セリ（哺母トシテ哺乳セシヤ否ヤ不詳）

（本病ノ來歷）明治三十五年ノ秋（約二ケ年前ニシテ患者六十一歲ノ時）原因トシテ認ムベキモノナクシテ右乳腺ノ右側上部ニ於テ約鳩卵大ノ腫脹ヲ來タセリ其ノ當時熱發疼痛等ノ症狀ハ無カリシトイフ且ツ周圍組織トハ孤立セリ該部ヲ被包セシ皮膚ニハ變色等無カリシトイフ該腫脹ハ漸次增大スル傾向ヲ有セシモ差シタル自覺的症狀ヲ呈セザリシヲ以テ其ノ儘放置シテ別ニ治療ヲ加ヘザリシ、明治三十七年五月頃ニ至ツテハ殆ンド現症記載ノ時ト同大迄ニ發育シテ皮膚トノ癒着及ビ該部ノ潮紅等ヲ呈シ緊張感疼痛等ノ症狀ヲ呈シ膏藥ヲ貼付セリトイフ數日ノ後乳房ノ內下方ノ部分ハ自潰シテ中等量ノ濃厚ナル濃汁ヲ漏セリ一二週日

乳腺纖維腺腫	一		
乳腺囊腺腫	一	)	
合計	七四		一〇〇・〇

右表ハ僅カニ七十四人ノ統計ニシテ勿論多キヲイフヿ能ハザルモ先輩ノ統計ニ比シテ敢テ大差ナキヲ見ルナリ即チ乳癌ハ八九・二%ニシテ他ノ腫瘍ハ之レヲ通算シテ一〇・八%ニ相當ス、

乳腺ニ來ル癌腫以外ノ腫瘍ニアッテハ諸家ノ統計區々ナリト雖モ肉腫、腺腫、纖維腫、囊腫、脂肪腫等ノ順序トス內被細胞腫ニ至ッテハ其例ニ乏シク本邦ニ於テハ曾テ山極博士ガ乳腺ノ血管內被細胞腫ノ一例ヲ報告セラレタルヲ知ルノミ況ンヤ合併腫瘍ニ於テヲヤ是レ既ニ本例ヲ公ニスルヿノ充分ノ價値アルノミナラズ本例ノ如キ極メテ純然タル合併腫瘍ハ腫瘍發生學上吾人ニ教フルトコロ大ナル者アルナリ

○實驗例

○病　歷

土屋イク　六十三年十一ヶ月

色腺ヲ摘出ス手術創ノ大部分ハ縫合シ一部ハ開口ス

手術創ハ化膿シ一部ノ縫合糸ヲ去リシヲ以テ經過ハ多少長カリシガ八月十九日退院シ其ノ當時ハ小兒手掌大ノ肉芽面ヲ殘留セリ

今マ以上ノ病歷ヲ短簡ニ摘錄スレバ左ノ如シ

年齡、乳腺ニ於テモ一般ニ結組織腫瘍ハ弱年ニ來ルヲ例トセリ該患者ハ六十三年十一ケ月ニシテ癌年齡ニ一致スルガ如シ遺傳ヲ證明スル能ハズ外傷、乳腺炎其ノ他腫瘍發生ノ誘因トナルベキ既往症ナシ發育、小兒頭大ニ達スルニ約二年ヲ費セリ發育ノ比較的徐々ナルモノナリ疼痛、約二年後ニ至リ多少ノ炎症ヲ呈セシニ至ツテ始メテ疼痛ヲ訴ヘシモノニシテ單純ナル癌腫ニハ一致セズ周圍ノ關係、充分ニ發育シタルニ係ラズ常ニ移動性ナルハ癌ニ一致セズ皮膚トノ關係、後ニ至ツテ炎症ヲ伴ヒテ以テ皮膚ハ移動性ナラザリシ形狀ハ等ロ球形、ナリシモ二個ノ腫脹ヨリ成立セシヲ以テ歪形タルヲ免カレズ硬度ハ一般ニ彈力軟ノ部分多カリシハ一般ニ癌ニ一致セズ淋巴腺轉移、腋窩淋巴腺ハ單ニ腫脹セシモ炎症乃至変感性肥大ニノミ轉移ヲ認メザリシハ癌腫ガ比較的末期ニ來リタル者ト想像セラル

○腫瘍ノ病理組織學的所見

ノ後再ビ膿汁ヲ漏セリ續キテ疼痛ハ稍ヤ輕快セリ明治三十七年六月二十七日來院收容セラレタリ、

（現症）明治三十七年六月二十九日所見

體格小ニシテ營養不良稍ヤ貧血ヲ呈ス食慾中等體温稍ヤ高シ（三十七度五分）身體各部ノ臟器併ニ尿等ニ異狀ヲ認メズ

局部所見

右側乳腺ハ一般ニ内方ニ向ッテ傾屈シ約小兒頭大ニ腫脹ス其形狀全部ハ釣鐘狀ヲ呈スレトモ實ハ二個ノ腫脹ヨリ成立ス腫脹ノ表面ハ一樣ニ滑澤ナリ皮膚ト癒著シ一般ニ潮紅ヲ呈ス乳房ノ内側乳暈ノ附近ニ穿孔アリ該瘻孔ヨリ絶ヘズ少量ノ膿汁ヲ漏ラス殊ニ右下方ヲ壓迫スレバ著明ナリ腫瘍ノ硬度ハ一樣ニ彈力軟ニヲ右側ニハ多少ノ波動ヲ呈スルモノヽ如シ壓迫ニ因スル疼痛ハ著ルシカラズ腫瘍全部ハ下屑ニ對シテ推動性ナリ右側腋窩淋巴腺ハ二三ノモノ豌豆大ニ腫脹スルモ相互併ビニ周圍組織トノ癒著ヲ認メズ其ノ表面ハ滑澤ナリ、

（經過）

明治三十七年七月四日全身麻醉ニ乘ジテ乳腺ノ切除併ビニ腋窩ノ掃除ヲナシ淋

淺層ノ組織ハ乳腺ニ來ル固有ナル腺細胞癌ノ像ヲ呈シ一般ニ不規則ニ且ツ比較的大ナル胞巢ヲ形成シテ其間質ハ過半深層ノ夫レト同ク舊キ纖維組織ヨリ成リ胞巢内ハ多角乃至多形性ノ大ナル細胞ヲ以テ充滿セラル尙ホ結組織中ニ癌細胞ノ侵入スルヲ見ル、腫瘍ノ外圍ニ位スル部分ニハ乳腺ノ組織尙ホ殘留シテ其腺細胞中今ヤ增生狀態ヲ呈スル者アリ又タ他ノ部分ニアツテハ旣ニ退行變性ヲ呈シテ癌胞巢及ビ間質共ニ其形態ヲ消失シ癌細胞自己モ壞死ニ陷レルモノアリ

以上ノ二種ノ腫瘍組織即チ癌及ビ内被細胞組織ハ其接觸部ニ於テ多少犬牙錯綜ノ狀ヲ呈シ前者少ク深ク内被細胞性組織内ニ侵入シ後者少シク癌間質ヲ爲セル所アリ然レ𪜈是レ唯接觸部ノ一ニ屬シ是レヨリ少ク隔タル深層ハ純然タル内被細胞性淺層ハ單純ナル癌腫性ナリ隨ツテ夫ノ癌腫ノ刺戟ニヨリ肉腫ヲ生ゼルガ如キ雜腫瘍トハ一見其觀ヲ異ニス

此等ノ腫瘍組織以外ニ深層ニモ淺層ニモ其ノ基質ハ緊密ナル結組織蔓延シテ且ツ前述ノ瘻管ノ周圍附近ニハ炎性症狀アリテ小圓形細胞浸潤ヲ認ム

腋窩淋巴腺ノ切片ニハ兩腫瘍何レノ轉移ヲモ示サズ

以上述ベタル臨床的並ニ鏡檢的所見ニ據リテ該腫瘍ノ性質ヲ考フルニ互ニ嚴密

上述ノ腫瘍ハ右側乳腺ノ全部ヲ占領シ其ノ内側乳暈ノ附近ニハ穿孔部アリ管テ膿汁ヲ漏セシトコロナリ乳腺ヲ極ヲ通ジテ切開ヲ施シ其ノ切斷面ヲ見ルニ先ヅ大體ニ於テ表層ト深層トハ其ノ組織ノ構造相違セルヲ見ル而シテ兩組織間ニハ纖維樣組織アリテ兩層ハ可ナリ著明ニ界限セラル又此ノ纖維ハ全腫瘍中ニ普及シテ網狀乃至歪形ニ編合ス又タ深層組織ハ其切斷面割合ニ汎發性ニ滑澤ニシテ全部同質ノ觀ヲ呈ス所々ニ出血アリ此レニ反シテ淺層ノ組織ハ同質性ニアラズシテ一定ノ腫瘍組織ガ纖維組織ニヨリテ互ニ境界セラレテ胞狀ヲ呈ス此ノ兩者ハ鏡檢的ニモ全然相ヒ異ナル組織ニシテ淺層ハ癌組織ニシテ深層ハ內被細胞腫樣組織ナリ、此ノ切斷面ノ全部ヨリ切片ヲ作リテ鏡檢スルニ深層ノ組織ハ比較的細胞ニ富ミ一見多形性細胞肉腫ノ觀ヲ呈スレ𪜈細胞各個ノ形狀大サ等ハ極メテ多樣ニノ或ハ紡錘狀三角形乃至多角形圓形等アリ又諸所多數ノ多核巨大細胞ヲ混ズ此ノ如キ細胞ハ皆尖細ナル細胞網乃至細胞索ヲ形成シ其ノ間ニハ汎發性ニ緊密ナル結組織ノ蔓延スルヲ見ル此ノ間又所々ニ淋巴隙乃至淋巴管アリテ其ノ細胞ハ至ルトコロニ同ク增殖傾向ヲ呈シテ腫瘍細胞ニ移行スル現象ヲ發見ス即チ內被細胞性ナルヤ疑ナシ

者ノ合併腫瘍(Kombinationsgeschwulst)ナルカヲ確ムル必要アリトス即チ該腫瘍ハ(Carcinoma endotheliomatodes)ナルカ或ハ(Carcinom et Endotheliom)ナルカヲ決定セザル可カラズ

抑モ合併腫瘍(Kombinationsgeschwulst)ナル語ガ雜乃至混合腫瘍(Mischgeschwulst)ノ内ニ包有セラルヽモノトセバ前者ハ後者ノ一種ニ過ギザルナリ然レモ普通稱スルトコロノ混合腫瘍ハ其ノ腫瘍ノ實質(Parenchym)ハ二種以上ノ組織ガ共同シテ固有ナル腫瘍ヲ形成スルヿニ加擔スルモノヲイフナリ此レニ反シテ眞ノ合併腫瘍ニアツテハ、アル一定ノ臟器ニ二種ノ腫瘍組織ガ格別ニ發育シテ一塊ノ腫瘍ヲ建設スルモノヲイフナリ Borst 氏ハ一般ニ混合腫瘍ヲ大別シテ六種トナセリ吾人ノ例ハ同氏ノ所謂第五種ニ屬スベキモノニシテ癌腫ト同時ニ他ノ結組織腫瘍ガ相隣リテ別々ニ發育シタルモノナリ

齲ツテ乳腺ニ來ル混合腫瘍ヲ見ルニ最モ屢々來ルトコロノモノハ纖維腺腫ニシテ既ニ Virchow, Billroth 氏等ニ據リテ唱導セラレ Wilms 氏ニ由リテ研究セラレタリ要スルニ多クハ乳腺腺腫ヲ眞ノ實質ト認ムベク他ハ其ノ間質ナル結締質部類ノ組織ガ塲合ニヨリ多少異同ヲ呈スルニヨリテ生ズル混合腫瘍ニメ腺腫組織ト

ニ限界セラレアル二種ノ腫瘍組織ヨリ成ル腫瘍ニシテ其ノ深部ニハ纖維束索間ノ内被細胞増生繁殖シ細胞網及索ヲ呈シ往々巨態細胞ヲ形成シ淺層ニハ癌腫細胞ノ發育シタルモノナリ換言スレバ乳腺ノ内被細胞腫兼癌腫ト稱スベキモノナリ尚ホ兩腫瘍ニ同一ノ間質トシテノ全組織中ニ亘レル緊密ナル結組織ノ存在及由來如何ハ之ヲ臨床的ニ確カニ證明スルヿ能ハザルモ間質性乳腺炎等ノ如キモノ其ノ原因ナルヤ疑ナシ即チ先ヅ纖維性組織ノ増殖アリテ次ニ腫瘍ノ發生セシモノナラン蓋シ癌隨ツテ乳癌等ニ於テ結締織性間質ノ新生ハ之レヲ癌細胞ヨリノ刺戟ニ歸スベキ場合少ナカラズト雖モ本例ニ在リテハ癌腫以外ノ周圍ニ腺ノ遺殘物ヲ存スル所已ニ慢性腺間質炎トモ謂フベキ緻密ナル瘢痕樣組織ヲ示スト同時ニ内被細胞腫ニ於ケル間質ハ内被細胞増生前ニ新生セル者ナルベキヿ組織的所見ニ徵シテ疑ナシトス即チ内被細胞ノ増生肥大尚ホ初期ニ在ル所ハ最モ纖維性結締織ニ富メリ

次ニ來ル最モ興味アリ又重要ナル問題ハ二者ノ腫瘍中何レガ先ニ發生シタルカ而シテ又タ二者ノ腫瘍ガ如何ニシテ發生シタルカニアリ余ハ以上ノ二問題ヲ解決スルニ先タチテ先ヅ本例ハ混合或ハ雜腫瘍(Mischgeschwulst)ナルカ或ハ眞ニ二

zellensarkom derselben Mamma ナル一例ヲ記載セリ吾人ノ例ニ相似タルモノニシテ唯肉腫ト内被細胞腫トノ差異アルノミナリ即チ五十歳ノ女子ニ來リシ乳腺腫瘍ニシテ二種ノ腫瘍ガ互ニ相ヒ接近シテ發育セシモノニシテ肉腫ト癌腫トノ成分ガ雜然混在セル Carcinoma sarcomatodes ニハ非ラズシテ眞ニ二種ノ腫瘍ガ合併シテ發育セシモノナリ

此ノ如ク同一乳腺ニ二種以上ノ腫瘍ガ發生スルコハ之レヲ如何ニ說明スベキカ其ノ軟骨骨腫ノ類ニアッテハ或ハ之レヲ迷芽說 (Keimesverirrung) 又ハ病的化生說 (Metaplasie) ニヨリテ解釋スルノ要アルベケレモ本例ノ如キ癌腫及内被細胞腫ノ合併ニ對シテハ是等ノ說ヲ適用スルヲ須タズ吾人ハ唯其前後如何ヲ解決スルヲ以テ足レリトス近來 Ehrlich 及ビ其ノ門下ニアッテハ實驗上上皮性腫瘍ヲ廿口鼠ニ再三移殖スルコトニヨリテ移植地ニ結組織性腫瘍ヲ新生セシムルコヲ得タル數例ヲ報告セリ氏ハ是レヲ癌細胞ノ刺戟作用ニ由リテ移殖地ナル結組織基質ガ肉腫性變性ニ陷ルモノナラント說明セリ吾人ノ例モ亦タ或ハ此ノ如キ發生ヲ示ス者ト見做ス可キカ Ehrlich 氏ノ場合ハ寧シロ Carcinoma sarcomatodes ヨリ Sarcoma carcinomatodes 終ニ Sarcom ヲ新生セルモノノ如クナレモ余ガ本例ニ在リテハ眞ノ

同時ニ纖維腫骨腫軟骨腫肉腫樣組織ガ混在スルモノナリ而シテ眞ノ合併腫瘍トシテハ Happel 氏ノ軟骨腫ト肉腫ノ合併腫瘍ノ一例アルノミ

更ラニ乳腺ノ内被細胞腫ニ就テハ Ziegler 氏ハ其ノ病理總論ニ記載シテ曰ク乳腺ノ内被細胞腫ハ稀有ナルモノニシテ結節ノ形狀トナリテ現ハレ淋巴管乃至淋巴隙ノ内被細胞ノ肥大併ニ増殖ニ因リテ來リ其増殖シタル細胞ハ其大サ形態及ビ核ノ形狀ノ多樣ナルコヲ以テ特徴ナリトセリ其ノ他ノ成書ニハ乳腺ノ内被細胞腫ニ就テハ詳細ナル記載ヲ發見セズ唯山極博士ノ乳腺ノ血管内被細胞腫ノ一例アリシコハ既ニ記述セリ該例ハ乳癌トシテ剔出セラレタル者ニシテ恰モ血管腫樣ニ當初月經時ニノミ硬結セルナリト云フ

次ニ癌腫ト肉腫トノ混合乃至合併腫瘍ハ時ニ往々文献ニ散見スルトコロニシテ Borst 氏ハ鼻腔ニ生ゼシ腫瘍ニ此レヲ實驗セリトイヒ其他 V. Franque 氏ノ喇叭管ニ來リシ一例 Jwanoff 氏ノ子宮ニ來リシ一例等アリ而シテ乳腺ニ來リシ癌腫ト肉腫ノ混合腫瘍ハ極メテ僅微ニシテ Poulson 氏ハ三百五十五例ノ乳腺腫瘍中一例ノ Sarcoma carcinomatodes ヲ記載セリ其ノ他 Dorsch 氏ノ Ueber Carcinom und Sarcom derselben Brustdrüse ノ報告アリ最近ニ至ッテハ Schlagenhaufer 氏ハ Carcinom und Riesen-

體ヲモ見ザレバ該腫瘍ハ主トシテ乳腺内淋巴隙内被細胞ノ増殖ニ由ルモノトスルヲ當然ナリトス

結論

上來ノ記述ニ徴シ本例ニアッテハ右側乳腺ガ殆ンド特別ノ症狀ヲモ呈セザリシ慢性間質性乳腺炎ニ罹リ其ノ結果トシテ結組織殊ニ纖維組織ノ増殖ヲ釀シ(硬結)次イテ玆ニ淋巴管殊ニ其ノ周圍淋巴隙ノ内被細胞ノ増殖ヲ將來シ終ニ深層ニ内被細胞腫ヲ新生シ是レヨリ後レテ其迄表層ニ殘留セル腺上皮ヨリ癌腫ノ發生ヲ致シタルモノト思惟ス

〔終〕

Literatur.

1). 阿部貴夫癌腫ノ臨床上統計的調査癌腫篇二巻第二冊;

2). Billroth, Die Krankheiten der Brustdrüse. Deutsche Chirurgie Lief. 41.;

3). Borst, Die Lehre von den Geschwulsten 1902 Bd. II.;

4). Grohé, Ueber Cystofibrosarkom der Mamma mit epidermoidaler Metaplasie. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 55 1900 S. 67.;

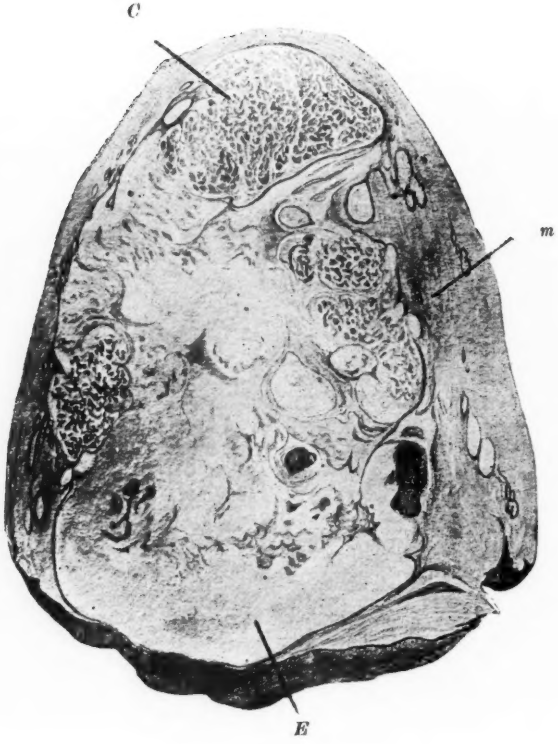
5). Gross, Americ. Journ. of the med. sciences. (Virchow's Jahresbericht 1887 II. S. 489)

合併腫瘍即チ癌腫兼内被細胞腫ニシテ腫瘍全部ノ狀態ヲ通觀スルニ兩腫瘍ハ劃然區別サレ居ルニ拘ラズ該組織中ニハ至ルトコロニ緊密ナル結組織混在シテ兩腫瘍ノ間質ヲ爲スコト腫瘍ノ深部ニハ廣ク内被細胞腫ノ存在スルコト此レニ反シテ癌腫ハ寧シロ全ク表在性ニシテ淋巴腺ニハ癌腫ノ轉移ヲ認メザルコト等ノ諸點ヨリ歸納スルニ最初該乳腺ノ深部ニ於テ癌腫ヨリハ比較的良性ナルベキ内被細胞腫先ヅ發生シ癌腫ハ其ノ後ニ至ツテ出來タルモノナランカ緊密ナル纖維組織ノ汎ク廣ガリアルハ前段既記ノ如ク炎症ノ結果ニシテ此ノ深部纖維間隙ナル内被細胞先ヅ增生狀態ヲ呈シ續イテ近キ過去ニ於テ遺存腺管ヨリ癌腫ヲ生ジ即チ兩腫瘍ガ各別々ニ發育セシモノナラン然ラバ則チ本例ニ在リテハ Ehrlich 氏等ノ場合ト反對ニ内被細胞腫ノ發生ハ却ツテ癌腫ノ發生ヲ促セシ者ト謂ツベシ而シテ兩腫瘍ニ對シ共同刺戟ヲ與ヘシハ慢性乳腺間質炎ト認ムベシ

次ニ内被細胞腫ハ乳腺組織内ノ血管ヨリカ或ハ淋巴管ヨリカ或ハ纖維束索間内被細胞ヨリ發生セシモノナルカトイフニ吾人ハ前述ノ如ク内被細胞腫組織内ニハ諸所ニ血管腔等ヲ認ムト雖モ勿論内被細胞腫ニ固有ナル狀態ヲ呈スルニ非ラズ寧シロ淋巴隙ノ細胞ガ腫瘍細胞ニ移行スル有樣ヲ明瞭ニ見ルコヲ得且又層疊

Fig. 1

第一圖



6). Happel, Ein Fall von Chondrom der mamma. Beiträge z. klin. Chir. Bd. 14 1895 S. 72.;

7). Poulson, Die Geschwulst der Mamma. Archiv f. klin. Chir. Bd 42S. 593.;

8). Schlagenhaufer, Carcinom und Riesenzellensarcom derselben Mamma. Centralblatt f. allgem. Path. u path. Anat. Bd. 17. 1906. S. 384.;

9). 山極勝三郎,病理總論講義. 第七版千百十一員參考書揭載;

10). 山極勝三郎,血管肉腫及血管內被細胞腫ニ就テ. 中外醫事新報(明治二十九年)第三九八,三九九,四〇〇號;

11). R. Volkmann, Ueber endotheliale Geschwülste, zugleich ein Beitrag zu Der Speichel drüsen und Gaumentumoren. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 41. 1895 S. 1.;

12). Ziegler, Allgemeine Pathologie s. 451.

○圖解

第十一圖板第一圖' 縱斷ノ肉眼圖○m乳腺間質炎性結締織○E深層內被細胞腫ノ部○C表層腺細胞癌ノ部

同上第二圖' 中等廓大ノ內被細胞腫ノ部

同上第三圖' 中等廓大ノ(a)腺細胞癌(b)間質內々被細胞ノ多少增生セル部

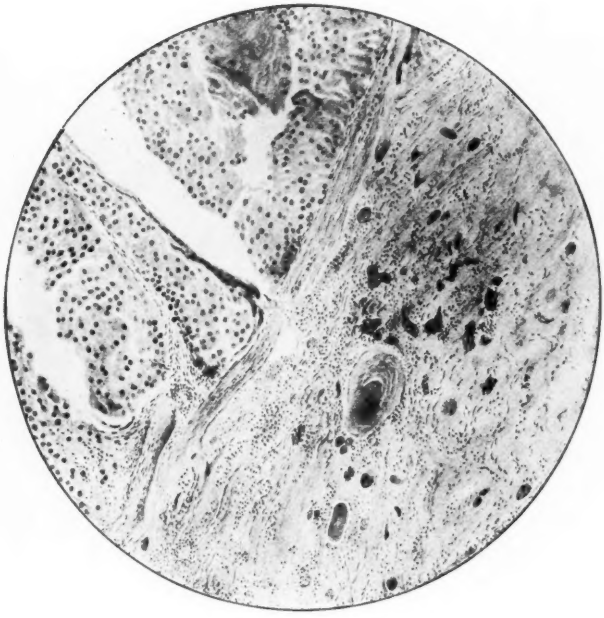
Fig. 2

第二圖



Fig. 3

第三圖



○癌研究會發會式及ビ第一回學術集談會記事

醫學士　緒方知三郎記

癌研究會ハ其ノ發會式幷ビニ第一回學術集談會ヲ去ル四月二日東京醫科大學病理學敎室ニ於テ擧行セリ、同敎室ノ敎授室圖書室及ビ學生實驗室ヲ來賓及ビ會員ノ休憩場ニ當テ階上學生實驗室及ビ階下示說室ニハ癌ニ關スル病理敎室其他婦人科外科耳鼻咽喉科敎室ノ諸種ノ標本幷ビニ顯微鏡標本數十種ヲ陳列シ又標本室モ開キテ來會者一般ニ觀覽ヲ許サレタリ

午後二時振鈴ト共ニ會員ニ着席ヲ報ズ講堂ニ集マル者無慮三百餘名空席ヲ餘サズ、來賓ニハ文部大臣男爵牧野伸顯、大學總長男爵濱尾新、男爵澁澤榮一、朝吹英二、山中隣之助、傳染病研究所長北里柴三郎、三宅秀其ノ他東京、京都兩醫科大學諸敎授諸氏其ノ他知名ノ士數十名アリ

醫學博士岡田和一郎君開會ヲ宣セラレ(1)次デ會員川上元次郎君ノ發議ニヨリテ座長ニ醫學博士三宅秀君ヲ推薦シ、同君座長席ニ着セラル、醫學博士本多忠夫君先ツ立チテ癌研究會設立ニ關スル經過ノ報告及ビ癌研究會ノ主意ニ就テ簡單ナル演說アリ(2)—(3)—(4)其レヨリ議事ヲ始ム癌研究會規則ハ醫學博士岡田和一郎君ノ發議ニヨリテ當會發起委員十數名熟考ノ末今日ニ於テ最可ト思慮セシ者ナル故ニ當席ニ於テ其ノ可否ヲ論ズル事ヲナサズ缺點アレバ追テ訂正スル事トシ原案ノ儘ヲ滿場一致ニヨリテ可決ス(5)

尙ホ役員ノ撰擇ハ座長ノ指名ニ一任スル事ニ可決シ座長ハ會頭ニ醫學博士青山胤通君ヲ、副會頭

翌日ニ讓ル次第ヲ述ベラレ閉會セリ

翌四月三日前日ニ續キテ午前九時半本多副會頭開會ノ挨拶ニ次デ左ノ諸氏ノ演說アリ

上氣道癌ニ對スル外科ノ價値　醫學博士　岡田和一郎君

癌腫研究ト比較病理學　醫學博士　藤浪鑑君

癌ノ「スペートレチヂーフ」ニ就テ　醫學博士　本多忠夫君

(22)(21)(20)

右終リテ本多副會頭閉會ノ辭ヲ述ベラレ集談會ヲ終レリ時ニ午前十一時過ナリキ

(1) 癌研究會發會式準備會記事（速記）

明治四十一年四月二日木曜日午後一時開會

（東京帝國大學病理學教室ニ於テ）

○幹事（醫學博士岡田和一郎君）　ソレデハ是カラ準備御相談會ヲ開キマス、ソレデ川上元治郎君ガちよつと皆サンニ御相談イタスコトガアリマスカラ……

○川上元治郎君　會員諸君ニ御相談イタシマスガ、是カラ規則ノ議事ガアリマシタリ、役員ノ選擧ガアリマシタリシマスガ、其間ニ此會ヲ整理スル主會者即チ座長ヲドナタニカ御願ヒ致シタウゴザイマスガ如何デゴザイマスカ

〔「異議ナシ」ト呼ブ者多シ〕

座長ヲ御依頼スルト云フコトハ御異議ナケレバ我々ニ座長ヲ指名スル權ヲ御與ヘヲ願ヒマス

〔「異議ナシ」ト呼ブ者多シ〕

ソレデハ今日此處ニ御出席ニナツテ居リマス三宅博士ニ此會ノ座長ヲ御願ヒ致シマス

ニハ醫學博士本多忠夫君ヲ評議員ハ後ニ掲グル三十七名ノ諸君ニ指定セラレタリ、青山會頭、本多副會頭ノ就任ノ挨拶アリ(6)

茲ニ於テ癌研究會ハ成立セリ即チ來賓ノ着席ヲ請ヒ癌研究會發會式ヲ擧行ス、青山會頭先ヅ立チテ開會ノ辭ヲ述ベ(7)來賓ノ好意ヲ謝シ併セテ癌腫治療ノ困難ト研究ノ方針ニ就テ一言セラレ人生ノ幸福ヲ增進スル爲メニ國際癌研究會ノ一部トメ本會ノ成立セシ所以ヲ述ベラル次デ文部大臣男爵牧野伸顯閣下祝辭ヲ朗讀セラレ(8)内務大臣原敬閣下ノ祝辭ヲ志賀博士代讀セラル(9)東京帝國大學總長男爵濱尾新閣下次デ祝辭ヲ述ベラレ(10)傳染病研究所長醫學博士北里柴三郎君ハ先ヅ本會ノ成立ヲ祝サレ次デ細菌學上ヨリ觀タル癌腫ニ就テ氏ノ所説ヲ述ベラレタリ(11)續テ男爵澁澤榮一閣下ノ祝辭アリ(12)

右終リテ岡田博士ハ福岡甲松氏ガ二百圓ヲ山中清兵衛氏ガ五百圓ヲ本研究會ニ特志寄附セラレタルヲ報告セラレ此レニテ發會式ヲ終ル○時ニ午後二時半ナリ(13)第一回學術集談會ニ移ル前ニ二十分間ノ休憩ヲ告ゲ休憩時間中ニ來賓及會員ニ茶菓及「ビール」ヲ供シ豫メ陳列セル標本ヲ縱覽セシメタリ(「ビール」ハ半田屋醫籍商店主人山口氏ノ寄附ニ拘ル)(14)

午後三時振鈴ノ合圖ト共ニ再ビ會員ノ着席ヲ促シ副會頭ヨリ獨逸ノ中央癌研究會ヘ加入ノ件ニ付會員ニ問フ所アリ(15)青山會頭第一回集談會ヲ開ク次第ヲ述ラレ學術演説ハ左ノ順次ニ行ハレタリ

余ガ癌腫觀　醫學博士　山極勝三郎君(16)
癌ノ歷史　ドクトル　富士川游君(17)
癌免疫試驗ノ近況　醫學博士　佐多愛彦君(18)
婦人科的癌腫ノ統計的報告　醫學博士　木下正中君(19)

然ルニ時已ニ午後五時ヲ過ギ豫定ノ總テノ演述ヲ結了スル能ハザルニヨリ本多副會頭立チテ餘ハ

デゴザイマスレバソレデモ宜シウゴザイマス、ドウカ其點ニ就イテ御意見ヲ伺ヒタウゴザイマス

○岡田和一郎君　私モ初カラ此規則制定ニ就イテハ協議ニ與ツタ一人デゴザイマスガ唯今御廻ハシシタ規則ハ十數人ノ者ガ數回會合イタシマシテ色々ノ考ガ集ツタ結果デ斯ウ云フ風ニナリマシタノデアリマスカラ、何レ實行ノ後ハ多少不都合ノコモアリマセウケレドモ、發會ノ今日ニ臨ンデ此以上ノモノハ望ムコトハ出來ヌカト思ヒマス、諸君ドウゾ逐條審議ヲ廢サレマシテ、早ク今日ノ集談會ニ移ルコトヲ希望シマス、私ハ是ハ此儘御承諾アラムコトヲ望ミマス

○座長（醫學博士三宅秀君）　如何デゴザイマスカ、唯今ノ岡田君ノ御話ノ通リ全部ヲ問題トシテ御承認ニナリマテシハ……

〔「異議ナシ」ト呼ブ者アリ〕

○座長（醫學博士三宅秀君）　ソレデハ御異議ナイト認メマス、先ヅ全部可決サレタモノト認メマス、次ハ次第書ノ第四デゴザイマス、正副會頭ノ選擧デゴザイマス、

○岡田和一郎君　此正副會頭ノ選擧ガ成立ツテソレカラ初メテ此研究會ト云フモノガ成立ツノデゴザイマスカラ是非此際ニ正副會頭及評議員ノ御選擧ヲ願ヒタイノデゴザイマス、併ナガラ此會員ト云フモノハマダ極マツテ居ルデモナシドレダケノ人ヲ選ベバヨイカ、數ハ規則ニ極ツテ居リマスガ、被選擧人ガ漏ラサズ極マツテ居リマセヌカラ、今日茲ニ選擧スルト云フコトハ困難デゴザイマスケレドモ理事者ノ方デハ凡ソコレナラバト思フ方ニ會頭副會頭、評議員ヲ御依賴スルト云フ考デアリマスカラ、ドウゾ其指名ヲ座長閣下ニ御願ヒスルコトニ御承認ヲ願ヒタイ

〔「異議ナシ」ト呼ブ者アリ〕

○座長（醫學博士三宅秀君）　唯今岡田君ノ報告サレタ通リニ第四ノ正副會頭ノ選擧ハ選擧法ヲ用キズシテ座長ノ指名ト云フコトデゴザイマスル、ソレデハ會頭ヲ青山胤通君ニ、副會頭ヲ本多忠

（醫學博士三宅秀君座長席ニ着ク）

○座長（醫學博士三宅秀君）　唯今御推薦ニ預リマシテ甚ダ汗顔ノ次第デアリマス、全ク暫時事務上ノ御相談ノ間ダケノ御樣子デゴザイマスカラ暫ラク座長ノ席ヲ濟シマス、ソレデハ此次第書ノ第二ニ移リマシテ、本會創立經過ノ報告ヲ本多君ニ願ヒマス

〔醫學博士本多忠夫君演壇ニ登ル〕

○座長（醫學博士三宅秀君）　是ヨリ次第書ノ第三規則ノ議事ニ移リマス

○川上元治郎君　此規則ニ就キマシテちよつと申上ゲマスガ、昨年第一回ヲ偕樂園ニ開カレマシタトキカラ致シマシテ、委員ハ數回ノ集合ヲ催ウシマシテ、度々草案モ書キ變ヘマシタリ色々イタシマシテ審議ニ審議ヲ重ネマシタ上ニ、此規則ノ草案モ出來上ガリマシタ譯デゴザイマス、ソレデ我々ガ考ヘマシタ所デハ先ヅ日本ニ於ケル癌研究會ノ規則トシテハ斯ンナモノデアラウト云フ所ヲ茲ニ書キ顯ハシテ見マシタ譯デアリマス最モ之デ癌研究會ノ事業ガ盡シテ居ルトハ申サレマセヌデアリマセウガ、兎ニ角今日ノ場合ニ於テハ我々ニ於テハ是レ以上ノコトヲ考フルコトガ出來ナカツタノデアリマス、ソレデ兎ニ角先ヅ創業時代ノ規則トシテハ之デ稍々其體ヲ得タモノデアラウト云フコトデ、今日之ヲ會員諸君ノ前ニ提供イタシマシテ議事ヲ開キマシタ譯デアリマスソレデドウ云フ風ニ致シタモノデアリマセウカ、當リ前ノ議事體ノ第一次會、二次會、三次會トカ云フ風ニ順序ヲ經マシテ之ヲ逐條ニ議シテ戴イタモノデアリマセウカ、又ハ創業ノ際デアルカラシテ兎ニ角此規則ハ之デ承認ヲシテ置イテ更ニ不都合ノ所ガアツタラ次ノ集會ニ於テ改正ヲスルト云フヤウナコトニシテ戴キマセウカ、ドノ道、諸君ノ多數ノ御意見ニ依ツテ定マルコトデアリマスカラシテ、若シ逐條デ議サナケレバナラスト云フ御見込デゴザイマスレバソレモ宜カラウト思ヒマスル、兎ニ角是レダケハ今日ハ之デ承認シテ置イテ更ニ不都合ノ點ハ改良スルト云フコト

員諸君及會員諸君ノ御厚情ヲ得テ其任ヲ盡サンコトヲ期待イタシテ茲ニ謹ンデ御請ケヲ致シマス。

(2) 癌研究會設立經過報告（速記）

醫學博士　本多忠夫君

私ハ委員ヲ代表致シマシテ本會ガ創立セラルヽニ至リマシタ經過ノ大要ヲ御報告致シマス諸君モ御承知ノ通リ人類ニ慘害ヲ流ガスコトノ多大ナ疾病ハ決シテ少ナクナイケレドモ其疾病ノ中デ概ネ其原因ハ既ニ明瞭デアルガ、然ラザルモ其療法豫防法等ガ畧ボ定ッテ居ルヤウニ考ヘマス單リ此癌及類似腫瘍ニ至ッテハ古來學者ガ研究ヲ重ネタルニモ拘ラズ、其本態ト云フモノハ今日全ク暗黑デアリマス、ソレカラ又其治療法ニ至ッテモ依然外科的手術ガ唯一ノ者トナッテ居ルノデアリマス、其唯一ノ外科的手術モ成績ガ甚ダ微微タルモノデ、其大多數ト云フモノハ貴賤貧富ノ區別ナク一二年ヲ出デズシテ苦痛ヲ重ネタル末遂ニ之ガ犧牲トナルモノデアル、豫防法モ亦タ暗黑ト云フ外ハナイ、ソレ故ニ今日マデ斷ヘズ各國ニ於テソレ〳〵計畫ヲ設ケテ之ガ研究ニ從事セラレテ居ル、癌ニ關スル病院ノ設立デ最モ古イノハ英國、佛國デアッテ、ソレハ今日ノ樣ナ研究ノ目的デハナク癌ニ罹ッタ貧困ナル患者ヲ救治シタイト云フ慈善ノ趣意デ立テラレタノデアル、所ガ一千九百年ニ至ッテ、今ヨリ九年前獨逸ノ伯林ニ癌調查會ヲ設ケラレタ、ソレハ御承知ノ內科ノ泰斗タルらいでん翁ガ首唱者トナッテ初メテ設ケラレタノデアリマス、此癌調查會ハ其後千九百二年ニ至ッテ、遂ニ治療部ヲ設ケテサウシテ癌患者ヲ收容シ一面ニハ患者ヲ治療スルト同時ニ他ノ一面ニハ癌ニ關スル研究ヲスルト云フコトニナッテ居ルノデアリマス、ソレカラ倫敦ニハ從來慈善的ノ癌治療院ト云フモノガアッタガ、ソレハ研究ノ目的デナイ全ク慈善主義ニ依ッテ成立

夫君ニ御願ヒスルコトニ致シタウゴザイマス

〔拍手起ル〕

御異議ゴザイマセヌケレバ其事ニ決シマス、次ハ第五ノ次第書ニ載ツテアリマスル評議員ノ選擧デゴザイマス、是モ前同樣ノ次第デ唯今岡田君ノ述ベラレマシタ通リデゴザイマスカラ先ヅ相當ノ數ダケ従ニ指名イタスコトニ致シマス、入澤達吉君、芳賀榮次郎君、林曄君、西山信光君、細野順君、本堂恒次郎君、土肥慶藏君、遠山椿吉君、岡玄卿君、岡田和一郎君、緒方正規君、川上元次郎君、金杉英五郎君、樫村貞一君、高木兼寛君、田代義德君、鶴田禎次郎君、長與稱吉君、宇野朗君、栗本東明君、山極勝三郎君、山根正次君、富士川游君、近藤次繁君、朝倉文二君、秋山棟造君、吾妻勝剛君、佐藤三吉君、佐藤達次郎君、北里柴三郎君、木下正中君、宮本叔君、三浦謹之助君、三浦守治君、宮島幹之助君、志賀潔君、平井正道君以上三十七名ニ評議員ヲ御依頼スル積リデアリマス。

〔「異議ナシ」ト呼ブ者アリ〕

御異議アリマセヌケレバ是モ決定イタシマス、コレデ本員ガ勤メマス座長ノ役目ハ終リマシテゴザイマス、是ヨリ會頭ニ御着席ヲ請ヒマスル積リデアリマス。

（會頭醫學博士青山胤通君會頭席ニ着ク）

○會頭（醫學博士青山胤通君）唯今私ニ會頭ニナレト云フ話デゴザイマスガ、不肖敢テ當ラズト存ジマスガ創業ノ際デアリマシテ御辭退申スモ却テ貴意ニ背クヤウデゴザイマスカラ會頭ノ職ヲ瀆ガシマス。

○副會頭（醫學博士本多忠夫君）唯今本會ノ副會頭ニ御推薦ヲ煩ハシマシタノハ私ノ甚ダ光榮トスル所デアリマス、併ナガラ私ハ果シテ此任ニ堪ヘルヤ否ヤ覺束ナイコトト考ヘテ居リマス、役

依ッテ兎ニ角日本ニ癌研究會ヲ開カウ、サウシテ其發會式ハ明年ノ四月即チ本年本月各學會ガ開催セラル、好時機ニ於テ開ク事ニ決議ニナリマシテ、規則其他總テヲ委員ニ附託スルト云フコトニ其當時決マリマシタ、其後委員ガ屢々協議ヲ重ネマシタル末ニ諸君ニ御廻シシテアリマスル癌研究會規則、ソレカラ學術集談會規則ヲ制定シマシタサウシテ本會ノ事業トシテハ先ヅ最モ實行シ易イ學術集談會ヲ開キマシテ癌ニ關スル意見ノ交換ヲ計リ第二ニハ癌研究ニ關スル計畫ヲナシ、第三ニハ癌ニ關スル統計ヲ徵スル事ニシタ是等ハマア實行シ易イモノデアル、學會ノ事業トシテ左程難イモノデナイ夫故ソレ等ノコトヲ先ヅ第一着ニヤラウ、ソレカラ他ノ一面ニハ本會ノ目的ヲ遂行スル爲ニ篤志者ノ寄附ヲ募リマシテ、サウシテ之ヲ研究基金トシテ、癌研究ニ關スル論文ヲ募集シ、有力ナル癌研究者ニ補助金ヲ與ヘル、ソレカラ又癌研究所及癌ノ治療所ノ設立ヲシタイト云フノガ主ナル目的デアリマス、サウ云フヤウニ致シテ今日茲ニ發會式ヲ擧グルコトニナリマシタノデアリマス、ソレデ此癌研究ト云フモノハ容易ノ事業デナイ、ソコデ此目的ヲ達スルニハ我々ハ勿論充分力ヲ盡サナケレバナラヌ考デアリマシテ、最モ癌研究ニ因緣ノアル此病理學教室、ソレニ皆サン御承知デモアリマセウガ業報癌ノ主筆デアル山極博士ハ此教室ノ分擔者デアツテ、最モ緣ガ深イト云フコトカラ我々ハ病理學教室ニ其發會式ヲ擧グルト云フコトニ決定イタシマシタ次第デアリマス、ソコデ各位御來會ノ榮ヲ得タノハ我々委員ノ一同深ク感謝スル所デアリマス、是迄ノ經過ト云フモノハ大要斯ノ如キ次第デアリマス（拍手）

(3) 癌研究會設立ノ要旨

世界ヲ通ジテ慘毒ヲ流スコト甚ダシキ疾病ハ結核ヲ以テ最トシ之ニ次グハ梅毒及癌トナス其外本邦ニハ癩アリ脚氣アリ且ツ「ペスト」モ亦タ將サニ、根據ヲ我國ニ占メントスル痛嘆ニ堪ヘザル所ナ

ツタモノデアリマスガ、千九百一年ニ至テ研究ノ目的デ癌研究所ト云フモノヲ設ケラレタノデアリマスガ、今申シタ從來英吉利ニ在ル所ノ癌治療院ヲ一面ニハ研究ノ目的ニ供スルト云フコトニナツテ種々研究ヲ遂ゲテ居ル其後千九百二年ニ至ツテ、亞米利加ニモ露西亞ニモ瑞典ニモ研究會若クハ調査會ト云フモノヲ設ケラレテ研究所或ハ治療所ヲ設置スルヤウニ至リマシタノデアリマス、其後其他ノ諸國ニ於テモソレ〴〵此研究機關ト云フモノヲ漸次設立スルニ至ルヤウナ次第デアリマシテ、其時分カラ各國デ斯ノ如ク國際的ノ研究問題トシテヤツテ居ル以上ハ日本ニモ研究會若ハ調査會ヲ設ケタイモノデアルト云フコトガ我同業諸君ノ間ニ時々話ノアツタコトデゴザイマス、併ナガラ今日マデ其設立ノ運ビニ至ラズ居リマシタ所ガ、一昨年各國ノ癌研究會又ハ調査會ガ聯合イタシマシテ、獨逸ノハイデルベルヒ、フランクフルトニ跨リマシテ國際癌研究協議會ト云フモノヲ開イタ其時分ニ各國ノ代表者ガ寄リマシテ、今後ハ萬國癌研究會ト云フモノヲ開クヤウニシタイト云フコトニ當時ノ協議會デ全會一致デ決議シタ、其決議ニ基イテ、獨逸ノ中央癌研究會長ノライデン翁カラシテ、昨年ニ至リ我邦ノ同業者ニ向ツテ、日本ニ於テモ癌研究會若ハ調査會ヲ開カレテ、サウシテ癌研究萬國調査會ニ聯合シテ貰ヒタイ、其聯合ニ加盟シテ貰ヒタイト云フコトヲ通牒シテ來ル等萬國醫界ノ趨勢ハ古來取リ來リタ割據的研究而已ニ委ネズシテ合同的調査ヲ企テマシテ腫瘍中最惡性ノ癌ノ原因治療法ニ關スル難問題ヲ解決シテ同胞ノ幸福ヲ向上セントスル熱誠ハ吾人ノ深ク同情ニ堪ヘサル所デアリマス、ソレデ兼テコチラデモ昨年ノ春頃カラハ東京而已ナラズ地方ノ同業者諸君ノ間ニモドウカ日本ニモ癌研究機關ヲ設ケルヤウニシタイト云フ話ガアツタモノデアリマスカラ昨年ノ暮ニ至ツテ在京ノ有志者四十餘名ガ會合シマシテ、斯ノ如ク諸國ニ癌研究機關ハ設ケラレ獨逸國ヨリハ萬國調査會ニ聯合シテ貰ヒタイト云フ通牒モアルカラ旁々日本ニ研究會ナリ調査會ナリ設立シタイモノデアルト云フ會合諸君ノ意見ニ

際癌研究會議ノ設立ヲ決議シ倍々癌ノ原因、治療法、豫防法調査ノ歩武ヲ進ムル等癌ハ目下最重要ナル國際的研究問題ニ屬ス然リ而シテ國際癌研究協議會決議ノ結果獨逸國中央癌調査會頭ライデン氏ヨリ本邦同業ニ向テ日本ニ癌研究會又ハ調査會ヲ設立シ國際的聯合ニ加盟セラレンコヲ希望スル旨通牒シ來ル等國際學會ノ趨勢ハ古來取リ來リタル個人的研究而已ニ委ネズ合同的調査ヲ企テ以テ各種ノ腫瘍中最惡性ナル癌及類似腫瘍ノ原因。治療法及豫防法ニ關スル難問題ヲ解決セントスル熱誠ハ深ク吾人ノ同情ニ堪ヘザル所ナリ先之本邦醫界ノ有志者間ニハ國際醫界ノ趨勢ニ鑑ミ癌研究會又ハ調査會設立ノ喫緊ナルヲ議シ早晩之ヲ設ケザル可ラザルヲ認メ居レル際如上ノ通牒動機トナリ昨年十二月初旬在京有志者四十餘名會合シテ癌研究ノ設立ヲ決議シ其第一回ヲ本年四月上旬各種學會開催ノ時季ニ於テ開カンコニ決議シ會則等ハ委員ニ附託スルニ至レリ斯ニ於テカ委員ハ屢々協議ヲ遂タル末會則ヲ制定セリ本會ハ元來國際的性質ヲ帶ビ其調査ハ殆ンド醫學全科ニ亘リ汎ク學科ヲ網羅スル關係上總裁ヲ推戴スル必要アラン乜當分役員ノ組織ハ會頭以下ニ止メ本會ノ目的ヲ遂行スル爲ニ一面學術集談會ヲ開キテ癌ニ關スル意見ヲ交換シ癌研究ニ關シ建議ヲナシ一面篤志家ノ賛同ヲ得テ寄附ヲ募リ研究基金トナシ之ヲ以テ癌治療所、癌研究所ノ設立ヲ企畫シ懸賞論文ヲ募リ廣ク統計ヲ徵シ又ハ有力ナル癌研究者ニ補助ヲ與フルコトセリ既往ノ戰役以來列强ノ間ニ我國武勇ノ名聲嘖々トシテ異彩ヲ放ツハ素ト軍隊敎育普及ノ結果ニ外ナラズ然リ而シテ科學ノ進歩ヲシテ之ニ伴ナヒ其名聲ヲシテ併立セシメンニハ須ラク各種ノ學術的會同ヲシテ毎ニ活動セシメザル可ラズ就中國際的性質ヲ備フル癌研究會ヲ起シテ其成效ヲ期シ人類ノ幸福ニ貢獻センコハ吾人ノ切望スル所ニシテ是レ本會唯一ノ趣旨ニ外ナラザルナリ

リ然リト雖モ以上ノ内癌ト脚氣トヲ除ケバ其病原ハ悉ク發見セラレ其病理モ亦明晰ニシテ治療法モ行ハルヽニ至レリ唯豫防法ノ一點ニ至テハ病毒ノ散蔓甚ダシキガ爲ニ實行困難ニシテ好果ヲ收メ得ザルニ過ザルナリ之ニ反シテ癌ト脚氣トニ在テハ從來幾多ノ研鑽ヲ重子ヲルニ拘ハラズ其病原尚ホ暗黑ニシテ之ヲ索ムル方針スラ確定セザルハ吾人ノ常ニ頗ル遺憾トスル所ナリ彼ノ梅毒ノ如キハ其病原體ヲ捕捉シ得ザル時代ニ於テスラ其么微機生體タルコハ寸毫ノ疑ヲ容レザリシ所ナリシモ癌ト脚氣トニ至テハ大ニ其趣ヲ異ニシ未ダ其原因ヲ耶邊ニ索ムベキカヲスラ窺ヒ得ザルナリ故ニ癌ト脚氣トハ醫界ニ於ル重要ナル疑問ナリ而シテ癌ハ國際的研究問題ニシテ苟クモ文明ヲ標榜スル國ニ於テハ其研究ヲ鼓吹シ既ニ國際癌研究協議會ヲ開設セラルヽ等國際上癌研究會ハ速カニ設立セザル可ラザル性質ヲ帶ブ又脚氣ハ我國ニ於テ平時ト戰時トヲ問ハズ之ガ爲ニ壯丁ノ兵力ト生産力トヲ殺ガルヽコト多大ナルヲ以テ之ガ原因ヲ調査スル機關ヲ設ルハ亦タ一日モ忽ニス可ラザルナリ然リト雖モ脚氣ハ自國ニ止マル研究問題ニシテ殊ニ其治療法豫防法ニ至テモ其成績ノ大ニ見ルベキ者アレモ單リ癌ニ在テハ古來幾多ノ學者ガ研究實驗ヲ重ネタルモ現今尚ホ其本態解決セラレザル而已ナラズ治療法ニ至テモ依然唯一ノ外科的切除術ノ外見ルベキ者ナク而モ手術ノ效果ヤ極メテ微々タルヲ免カレズ由是觀之人類ニ慘害ヲ與フル疾病中其治療效果ノ微々タル原因ハ勿論豫防法ノ暗黑ナルコト癌ニ如ク者ナシ故ニ一朝不幸ニシテ癌ニ侵襲セラルヽコトアランカ其大多數ハ貴賤貧富ノ別ナク苦痛ヲ重ネタル後概子一二年ヲ出ズシテ之ガ犧牲トナルハ寔ニ悲慘ノ極ミナリ

各國ニ於ル癌研究會及癌調査會ハ單ニ一國ニ止マル協同的研究ニ甘ンゼズ曩ニ癌研究ノ國際的聯合ヲ企テ既ニ一昨年九月ニ於テ獨逸國ノ大家ライデン、ツエルニー、エールリッヒ氏等首唱者トナリ獨逸國ハイデルベルヒ及フランクフルト兩市ニ於テ萬國癌研究協議會ヲ開催シ各國代表者ハ國

雨宮量七郎　醫學博士　佐藤三吉
佐藤達次郎　醫學博士　佐藤敏夫
北里柴三郎　醫學博士　木下正中
木村順吉　醫學博士　菊池循一
北村精造　醫學博士　三浦守治
三浦謹之助　醫學博士　宮島幹之助
三輪信太郎　醫學博士　宮本叔
志賀潔　醫學博士　志立富松
平井政遒　毛利伊賀
鈴木主計

（計五拾五名）

(5)ノ一、癌研究會規則

第一條　本會ハ癌研究事業ノ發展ヲ圖ルヲ以テ目的トス

第二條　本會ハ癌研究會ト稱ス

第三條　本會ヲ東京ニ置ク但必要ノ場合ニハ地方會ヲ設クルコトヲ得

第四條　本會ハ毎年一回學術集談會ヲ開キ且ツ會員ニ會報ヲ配附ス

本會ハ目的ヲ達スル爲メニ寄附金ヲ募リテ研究基金トナシ其多寡ニ應ジテ懸賞論文ヲ募集シ癌研究所、癌治療所ヲ設立スル等ノ實行ヲ期ス

第五條　本會ノ目的ヲ賛成補助スルモノハ内外國人ヲ問ハズ何人タリトモ會員タルコトヲ得

第六條　本會々員タラント欲スルモノハ其氏名現住所ヲ記シ本會事務所ニ申込ムベシ

(4) 發起人氏名（イロハ順）

醫學博士　入澤達吉
林　曄
西山信光
本堂恒次郎
醫學博士　土肥慶藏
醫學博士　男爵岡玄卿
醫學博士　緒方正規
大森英太郎
醫學博士　金杉英五郎
醫學博士　男爵高木兼寛
醫學博士　田代義德
醫學博士　長與稱吉
醫學博士　栗本東明
醫學博士　山極勝三郎
矢部辰三郎
醫學博士　近藤次繁
醫學博士　青山胤通
醫學博士　吾妻勝剛

醫學博士　芳賀榮次郎
橋本左武郎
本多忠夫
細野順
醫學博士　遠山椿吉
醫學博士　岡田和一郎
岡本武次
柏村貞一
川上元治郎
高木喜寛
鶴田禎次郎
醫學博士　宇野朗
黒岩德明
山根正次
富士川游
寺田織尾
醫學博士　朝倉文三
秋山棟造

バ變更スルコトヲ得ズ

附　則

第二十條　會報ハ便宜上當分業報「癌」ニ掲載ヲ囑シ之ヲ會員ニ配附ス

第廿一條　學術集談會ハ每年定期會ニ引續キ之ヲ開ク

第廿二條　懸賞論文、癌研究所、癌治療所等ニ關スル件ハ實行ニ際シ評議會ノ決議ヲ以テ別ニ規則ヲ設クルモノトス

(5)ノ二、癌研究會學術集談會規約

第一條　癌研究會學術集談會ハ每年一回定期會ニ引キ續キ之ヲ開ク

第二條　開會ノ期限場所等ハ其都度理事會ニ於テ之ヲ決定ス

第三條　學術集談會開催ノ期日ハ少クモ二ケ月前ニ會員ニ告知スベシ

第四條　學術集談會ニ於テ演說セントスルモノハ開會一ケ月前ニ演題ヲ添ヘテ事務所ニ申込ムベシ

第五條　演說ニハ止ヲ得ザル場合ノ外時間ノ制限ヲ附セズ成ルベク演者ノ意ヲ盡サシムルヲ期スベシ

討論ハ一人十分時間ヲ限ル

第六條　演說者ハ必ズ原稿ヲ携ヘ演了後之ヲ理事ニ渡スベシ

第七條　會長ノ意見ニ依リ出席會員中ヨリ座長ヲ指名シ會場整理ヲ托スルコトヲ得

第八條　演說ハ時宜ニ依リ會員外ノ傍聽ヲ許スコトアルベシ

第七條　本會ニ名譽會員ヲ置キ內外國人ヲ問ハズ學術上特ニ功績アルモノ又ハ特ニ本會ノ事業ヲ贊助スルモノハ評議會ノ決議ヲ經テ會頭之ヲ推薦ス

第八條　退會セント欲スル者ハ其旨ヲ本會事務所ニ届ケ出ベシ

第九條　本會ニ會頭、副會頭各一名評議員若干名理事若干名ヲ置ク

第十條　會頭、副會頭、評議員ハ會員中ヨリ定期會ニ於テ出席會員之ヲ公選シ理事ハ會頭之ヲ囑託ス

第十一條　役員ノ任期ハ二ケ年トス但任期中評議員ニ缺員ヲ生ジタルトキハ次點者ヲ以テ補缺ス

第十二條　會頭ハ本會ヲ總理ス

第十三條　副會頭ハ會頭ヲ輔佐シ會頭事故アルトキハ之ヲ代理ス

第十四條　評議員ハ本會樞要ノ事項ヲ評議ス

第十五條　理事ハ會頭ノ命ヲ受ケ本會一切ノ事務ヲ處理ス但理事中一名ハ金錢ノ出納保管ヲ掌リ毎年定期會ニ於テ前年中ニ屬スル會計ノ報告ヲナスベシ

第十六條　本會會員ハ會費トシテ毎年金六圓ヲ納ムベシ但本會會計年度ハ毎年一月ニ起リ十二月ニ了ル

第十七條　本會ノ集會ハ定期會、臨時會、評議會、理事會トシ開會地ハ東京ト定ム但開會地ハ時宜ニ由リ變更スルコトヲ得

第十八條　定期會ハ毎年四月之ヲ開キ本會ノ事業上ニ關スル協議及報告ヲ行フ臨時會ハ會頭ノ意見、若クハ評議會ノ決議ニ由リ隨時之ヲ開ク評議會及理事會ハ必要ニ應ジ會頭之ヲ召集ス但定期會ノ期日ハ時宜ニ由リ變更スルコトヲ得

第十九條　本會規則ハ定期會若クハ臨時會ニ於テ出席會員三分ノ二以上ノ同意ヲ得ルニアラザレ

川上元治郎　理事長　長與稱吉
富士川　游　志賀　潔　山極勝三郎

(7) 開會ノ辭（速記）

會頭醫學博士　青山胤通君

閣下、來賓及ビ會員諸君、今日ハ諸君大方ノ御援助ニ依リマシテ、癌研究會ノ第一回ヲ開クコトニナリマシタ此癌研究ト云フモノハ、唯今ハ時代ノ問題デアリマス、時代ノ問題ト云フモノハドウ云フモノデアルカト云ヘバ、我々ガ有スル所ノ問題ハ非常ニ多クアリマシテ色々ノコトヲ研究スルノデアリマスガ、時ニヨリ或ル偉大ナル人物ノ鼓吹又ハ或ル大ナル學者ノ誘導ニ依ッテ、學者ノ研究スル問題ガ或ルモノニ集中スルコトガアリマス、サウ云フコトヲ時代ノ問題ト申シマス、例ヘバなぽれおん大帝ノ誘導ニ依リマシテ、實布垤里亞ノ研究殊ニ、病理ノ方ノ研究ヲ致シマシタ、れんねつく氏時代ニハ打診、聽診ノコトヲ主トシテ研究ヲシタ又うゐるひよう氏ノ時ニハ、病理解剖學ガ盛ニ研究サレマシタ、ばすとーるノ鼓吹ニヨリ細菌學ガ多數ノ學者間ニ非常ニ熱心ニ研究サル、ヤウニナリマシタ、而ノ此癌ノ研究ハ決シテ或ル偉大ナル人物、又ハ或ル有名ナル學者ノ鼓吹ニ依ッテ起サレタノデナク、唯今本多君カラ御話ニナッタ通リニ、癌ト云フモノハ治療上病理上モ不明ニ屬シテ居リマメ、治療ト云ヘバ切斷ヨリ外ハナイノデ、此切斷即チ外科的ノ手術ノ結果ハ多クノ塲合ニ於テ面白クナイ、一時胃癌ヲ外科的ニ治療シタコトモゴザイマシタガ、總テ面白クナイ結果デアル、我々ハ内臟ノ癌ニ會ウト多クハ手ヲ束ネテ施スコトガ出來ヌ、殆ド醫者ト云フ名ガアッテモ、胃癌等ニ會ヘバ素人モ同シデアル、多數ノ醫者ガ此癌ニ會ッテ非常ニ迷惑ヲ

(6) 役員氏名

會頭　青山胤通　副會頭　本多忠夫

評議員（イロハ順）

入澤達吉　芳賀榮次郎
西山信光　細野順
土肥慶藏　遠山椿吉
岡田和一郎　緒方正規
金杉英五郎　柏村貞一
田代義德　鶴田禎次郎
宇野朗　栗本東明
山根正次　富士川游
朝倉文三　秋山練造
佐藤三吉　佐藤達次郎
木下正中　宮本叔
三浦守治　宮島幹之助
平井政道

理事（イロハ順）

芳賀榮次郎　林曄
細野順　本堂恒次郎
岡田和一郎　岡玄卿
川上元次郎
高木兼寬
長與稱吉
山極勝三郎
近藤次繁
吾妻勝剛
北里柴三郎
三浦謹之助
志賀潔

(8) 文部大臣男爵牧野伸顯閣下祝辭

本日癌研究會發會式ヲ擧行スルニ際シ茲ニ一言スルハ本大臣ノ喜フ所ナリ

惟フニ醫術ノ我學界ニ貢獻セルヤ至大至廣ナリ泰西ノ文物盖亦醫術ノ先聲ヲ爲スアリテ夙ニ我邦ニ紹介セラレ以テ近時進歩ノ發展ノ端ヲ啓キシハ世ノ知ル所ナリ而シテ維新以來最モ發達セシモノハ醫學ニ若クモノナカルベク人材亦多ク杏林ヨリ出テ學界ニ於テ歐米ト衡ヲ爭フモノマタ醫術ニ少シトセス然レドモ癌ノ如キ由來不治症ト目セラレ其原因治療等ニ關シテハ内外ノ學者克ク之カ解決ヲ爲セルモノ無カリシガ輓近醫學ノ進歩スルニ從ヒ諸外國ニ於テハ爭ウテ多額ノ金員ヲ支出シ之ガ研究穡査ニ是レ日モ足ラザルニ拘ラズ帝國ニ於テハ此種ノ設備ナカリシナリ

今ヤ我邦醫界ノ先進タル諸君茲ニ見ル所アリ相謀リテ癌研究會ヲ創設シ其病源ヲ闡明シ之ガ治療ノ方法ヲ講ゼントス是レ實ニ目下ノ急務ニシテ時宜ニ適セルモノト謂フ可シ然ルニ此事業タル頗ル至難固ヨリ一朝一夕ニ成ルモノニアラズ從ツテ其費用ヲ要スルコトモ甚タ多シト聞ク去レバ世ノ富有ナル同情者ハ人類ノ爲其餘力ヲ分チ諸君ノ研鑽努力ニ資スルコトアラバ其効ヲ收ムルニ於テ一層其期ヲ迅速ナラシムルコトアルベク是レ啻ニ我醫界ノ名譽ナルノミナラズ帝國ガ世界ノ文化ヲ裨補スルニ於テ多大ノ効果ヲ與フルモノト謂フ可シ一言所感ヲ敘シテ祝詞ニ代フ

明治四十一年四月二日　　文部大臣　男爵　牧野伸顯

(9) 内務大臣原敬閣下祝辭

茲ニ本日ヲ以テ癌研究會創立開會ノ式ヲ擧ゲラル夫レ癌ハ人生ノ一大勁敵ニシテ方今醫學ノ進歩ヲ以テスルモ尚未ダ抵抗撲滅スルコト能ハザルモノナリ是ニ於テ斯學者大ニ研究スル所アリ將來

スルドウカシテ多少ナリモ癒ラヌマデモ、一日モ長ク生カシタイッドウカ治療法ヲ發見シタイト云フコトカラ、癌ノ研究ト云フモノハ歐米諸邦國カラ盛ンニ起ツテ來タノデアリマス、サウシテ今本多君カラ御話ニナリマシタ通リニ癌ノ研究ト云フコトニ就テハ、一個人又ハ一國ノミデナク、國際的ニ研究ヲシヤウト云フ傾キガ起ツテ來テ、既ニ歐米ノ諸國ニ於テハ國際的ニ研究スルト云フコトニ一致シタノデアル、或ル學術ノ問題ヲ國際的ニ研究スルト云フコトハ十九世紀ノ終ノ頃カラ初マツタモノデ、其以前ニハ殆ド無イ者デアル、ソレデ我邦ヘモ度々師父ノ關係ヲ有スル所ノ獨逸ノ學者ヨリ日本ニ於テモ癌研究會ヲ起シタラドウカ、或ハ國際的ニ癌研究會ニ這入ツタラドウカト云フ勸誘ヲ受ケタノデアリマスガ、我々ハ其當時ハ我邦ノ學術ノ發達上カラ願ミマシテ、少シ恥カシク思ツタ、迚モ歐米ノ先進國ノ諸大家ト合同シテ癌ノ研究ヲヤルト云フコトハ烏滸ガマシイコトデアル、恥カシイコトデアルト云フノデ斷ツタト云フコトデモアリマセヌガ、實ハハツキリシタ返答ヲ與ヘマセヌデアリマシタ、所ガ此三十七八年ノ戰役ニ依リマシテ、我帝國ノ位地ハ歐米ノ最強國ト伍伴ヲ列スルコトニナリマシタニ就テハ最早我々モ餘リ謙遜シテ居ルトキデモアルマイ、兎モ角モ先進國ノ驥尾ニ附シテ、一ツヤツテ見テハドウカト云フ多數ノ意向デアリマシタカラ、大ヒニ勇氣ヲ得マシテ茲ニ癌研究會ヲ開クコトニナリマシタ、今日ハ唯單ニ武力ヲ以テ國際間ノ同情ト尊敬ヲ受ケルト云フコトハ最早出來ナイ時代ニナリマシタ、又唯單ニ金力ノミデ國際間ノ同情ト尊敬ヲ受クルコトモ出來ナイ、唯國民ガ文化ニ向ツテ多大ナル進歩ヲ與ヘル所ノモノハ國際間ニ於テ尊敬ト同情ヲ得ルノデアリマス、若シ此癌研究會ニ於テ我邦ノ學者ノ研究ガ、歐米諸國ノ先進國ノ研究ヨリモ、ヨリ多ク、ヨリ良イ所ノ結果ヲ得マシタナラバ、我邦ノ國際間ニ於ケル同情ト尊敬ハ、彼ノ數十億萬ノ金ヲ役ジ、十數萬ノ人命ヲ賭シテ得タル所ノモノヨリモ多カラウト思ヒマス、依ツテ此發會式ニ臨ミマシテ一言ヲ述ベテ祝辭ト致シマス。（拍手）

諸君私ハ細菌學上ノ知見ヨリ癌研究ニ就キ一言述ベテ祝辭ニ代ヘヤウト思ヒマス、御承知ノ通リ

從來癌研究ニ就キマシテハ重モニ病理學者ノ手ニヨリテ充分ノ研究ヲ遂ゲ「らいつ、ておりー」或ハ「かいむ、ておりー」等ノ有力ナル學說モ立テラレマシテ種々ノ方面ヨリ研究サレテゴザイマスガ、其後ニ至リマシテ千八百九十二年ぷりむまー氏ハ癌ノ細胞内ニ一種ノ小體ヲ發見シテ之ガ癌ノ原因ニシテ一種ノ寄生體デアルトイフ說ヲ立テマシタ以來、癌ノ研究ト云フ者ハ或ハ一種ノ寄生體デアラウト云フ方針ニ向キマシテ多クノ人ガ研究ヲシマシタ、併シ其當時此說ニハ隨分反對者ガアリマシテ、らんぐはんす、きゆるすたいねる、ぼるれる、はんせまん、ればるし、まるしやん等ハぷりむまー氏小體ハ細胞核ノ變性シタモノデアル、決シテ寄生體デナイト主張シマシタ、らいでんモ亦ぷりむまー同ジ小體ヲ發見シテ一時大ニ寄生說ヲ主張シ免疫血清マデヲ製造シテ之ヲ患者ニ試ムルニ至ッタ然ルニ今ヲ去ルコト七年前即千九百一年ふらんくふーるごノすばいえるトイフ化學者ガ亡クナリマシタ時其未亡人ハ十五萬馬克ノ資金ヲ癌研究ノ爲ニ投ゼラレマシテ、有名ナル細菌學者えーるりひ氏ニ此事業ヲ托シマシテサウシテ著々此ふらんくふーるごノえーるりひ氏研究所ニ於テ癌ノ研究ニ歩ヲ進メテ參リマシタ譯デアリマス、えーるりひノ所ニハ種々ノ方面カラ熟達セル學者ヲ集メ病理學者、生物學者、化學者ト云フヤウナ種々ノ有名ノ人ガ寄リマシテ研究シマシタ結果、其第一着手トメぷりむまー氏ノ小體ト云フモノハ果シテ寄生體ナリヤ否ヤニ就テ研究ヲ遂ゲマシタ、サウシテ遂ニ其小體ハ形體上及色素反應上カラ見テ是ハ核質ノ變性デアッテ決シテ生活體デナイト云フコトヲ證明シマシタ、其結果ぷりんまーノ小體ト云フモノハ殆ド癌ノ原因トシテ看做スト云フ人ハナイヤウニナリマシタ、ソレデアリマスカラシテ我々ノ細菌學上デハ癌ノ原因ナルモノハ果シテ何物ナルヤト云フコトハ分リマセヌ、此癌ノ原因ハ果シテ生活體ナリヤ「ぷろとつおん」ニ屬スルモノデアルカドウカト云フコトハ甚ダ疑ハシイノデ病理學者等ノ唱道スル所ノ說ハ或ハ本統カモ知レヌ、ソレデ我々ノ細菌學上カラ觀察シテ癌ノ原

必ズ其療法ノ發明ヲ期セザルベカラズ之レ蓋シ本會設立ノ主旨ニシテ余ノ最モ欣フ所ナリ願クハ專門家諸君大ニ奮勵シテ以テ其目的ヲ達セラレンコトヲ以テ祝詞ト爲ス

明治四十一年四月二日　　内務大臣　原　敬

(10) 東京帝國大學總長男爵濱尾新閣下祝詞（速記）

今回癌研究會ヲ設置セラレ本日ヲ以テ發會式ヲ擧行セラレタルハ、誠ニ喜デ且祝スル所デアリマス、想フニ人生ハ種々ノ障害ニ逢ヒ、種々ノ病毒ト闘ハヌバナラヌ近世醫學ハ著シク進歩シ、病理ヲ明カニシ、治療ヲ遂ケ、人類ノ幸福ヲ增進シタルノデアルガ、猶未ダ病原ノ明カナラズ、治術ノ及バザルモノアルハ人生ノ爲ニ學術ノ爲ニ甚ダ遺憾トスル所デアル、而シテ各種ノ惡疫、難病ニ就キテハ醫學者各自奮勵シテ研究シ、又協同奮進シテ研究シ以テ其原因治療法豫防法等ヲ詳明シ、人生ノ慘害ヲ除去セヌバナラヌ、殊ニ病毒ノ甚ダシキ者ニ至リテハ人生ノ大敵ナレバ、醫學界ノ聯合軍トモ言フベキ勢力ヲ以テ之ヲ征伐シ、速ニ撲滅セシメヌバナラヌ、今ヤ歐洲諸國ニ於テハ癌ノ研究調査ヲシテ、單リ一國ノ會同ニ止メズ、進ンデ國際ノ協同ニ依ラシメントスルニ至レリ、此時ニ際シ、本邦ニ於テモ斯ノ如キ研究會ノ設立ヲ見ルニ至リタルハ、人生ノ爲ニ學術ノ爲ニ甚ダ幸ヒノコトデアル、此擧ヲ贊成セラル、者ハ益々此會ノ爲ニ盡力シ適宜補助セラレ、又醫學者ハ益々各自ノ研究ト共ニ協同ノ研究ヲ遂ゲ濟生ノ效果ヲ收メ、以テ人類ノ爲ニ國家ノ爲ニ貢獻セラレンコトヲ希望シマス、聊カ之ヲ以テ祝辭ト致シマス（拍手）

(11) 傳染病研究所長醫學博士北里柴三郎君祝詞（速記）

諸君私ハ細菌學上ノ知見ヨリ癌研究ニ就キ一言述ベテ祝辭ニ代ヘヤウト思ヒマス、御承知ノ通リ

ノ癌組織ヲ驢馬及犬ニ注射シテ免疫血清ヲ製セントシタ、其他らいでん及ぶるーめんたーるやえんげる、れおふれる等モ同一ノ目的ヲ以テ試驗シテ居ル然シナガラ是等ハ臨床上ニハ何レモ効果ヲ認ムルコトハ出來ナイ、然シナカラげーろーど、くろーうす及べすらつくノ「まうす」ニ就テ行ヒシ試驗ハ甚タ確實ノモノデアル即チ氏等ハ「まうす」ニ「かるちのーむ」ヲ接種シテ其自然ニ治癒シタルモノヲ殺シテ血清ヲ攝取シ之ヲ健康「まうす」ニ注射シテ置テ後癌ヲ接種セシニ其大部分ハ癌ヲ發生シナイ、是ニ反シテ血清注射ヲ受ケヌモノノ大多數ハ癌ニ感染シタ、今日ニ至ルマデ幾多ノ學者ハ人ノ「かるちのーむ」ヲ我々ノ使フ所ノ試驗動物ニ接種スルト云フコトハ成効シテ居ラヌ、何カ之ニ感染セシムルコトノ出來ル動物ヲ見付ケ出シマシタナラバ、人ノ癌ニ於ケル研究ガ一層進ンデ來ルダロウフト考ヘマス、即チ我々ノ此癌研究ト云フモノハ私等ノ專門ノ細菌學上ノ側カラデハ其方面ニ向ッテ充分之ヲ研究シ他ノ方面ノ病理其他ノ實地ノ研究ト共ニ協力シテ此研究ノ歩ヲ進メテ行キマシタナラバ或ハ他日好結果ヲ得ルノ域ニ達スルダラウト考ヘマス、聊カ現今ニ於ケル細菌學上ノ研究成績ノ大要ヲ概說シ併セテ後來ノ希望ヲ述ベテ祝辭ニ代ヘマス。（拍手）

(12) 男爵澁澤榮一閣下祝詞（速記）

諸君今日ノ有益ナル癌腫研究會ノ發會式ニ當リマシテ私ニモ參上イタシテ一言ノ祝辭ヲ述ベロトノ云フ過日態々青山、本多兩博士カラ御依託ヲ蒙ムリマシタ、元來官職ニ在ル身體デモゴザイマセズ、又醫學等ニ至ッテハ殆ド皆無ノ私デゴザイマスカラ、斯カル祝辭ヲ申述ベマスノハ、殆ド少シ滑稽ジミハセヌカト少々躊躇シマシタノデアリマス、併シ尚ホ再考イタシマスト私ハ先年癌腫ヲ患ヒマシタガ、幸ニ今尚ホ生存シテ居リマスカラヒヨットスルト生キタ標本ニ或ハナリハシナイ

事實ヲ發見シテ居ル更ニ又免疫ヲ直チニ治療上ニ應用シタモノモアルりしえ、へりくーるとハ人

因ハ甚ダ不明ニ屬シテ居ルニヨリテ畢竟癌ノ研究ト云フモノモ歐米諸國ニ於テモ頻リニ盛ニ行ハレテ來マシタ、伯林ノ有名ナルらいでん先生ノ如キハ非常ニ熱心ニ癌研究ヲ首唱サレテ、遂ニ癌研究會ナル者ヲ組織シテ廣ク各國相氣脈ヲ通シテ此研究ヲ通ゲヨフト企テ、居ル吾人ガ癌研究ニ對スル第一ノ希望ハ其原因ハ生體ニセヨ或ハ否ラザルニセヨ其原因ヲ窮メ第二ニハ果シテ其原因ヲ闡明セバ進デ治療上豫防上ノ研究ヲ遂ゲタイノデアリマス、然ルニ人ノ癌ニ就キマシテハ今申上ゲルヤウナ譯デ、先ヅ今日我々ガ其原因ニ關シテハ何モ見出サヌト云フヨイ譯デアリマス、然ルニ動物ニ來ル腫瘍ニ關シテハ接種試驗上甚ダ有益ナル成蹟ヲ得テ癌研究上實ニ面白キ方面ヲ開クニ至リマシタ、此研究ニ關シテ殊ニ功勞アルハばしふをーど、はなう、まるしやん、えーるりつひ等ノ諸氏デアルばしふをーど、もーろー等ハ「まうす」ノ「かるちのーむ」ニ就テ研究シえーるりつひハ「まうす」ノ「かるちのーむ」「ざるこーむ」「ひおんごろーむ」ニ就テ最モ有益ナル研究ヲシテ居リマス「まうす、かるちのーむ」ト云フモノハ人ノ癌トハ多少違フヤウデゴザイマスケレドモ、兎ニ角「まうす」ニ來ル所ノ極メテ癌腫ニ似テ居ル腫瘍デアル今此「まうす」ノ腫瘍ヲ取ツテ他ノ健康ナル「まうす」ニ接種スレバ立派ニ同ジ腫瘍ヲ發生セシムルコトガ出來ル、ソレカラ進ンデ其「かるちのーむ」ヲ取ツテ其一定ノ方法デ他ノ健康ナル所ノ「まうす」ニ病氣ヲ發セヌ程度ニ植エマシテ、然ル後之ニ强毒ナル「かるちのーむ」ヲ接種スルモ發生シナイ、此免疫ニ就テ始メテ研究シタノハじやんせんノ功デアル、其後くろーうす、ぺすらつくハ一旦免疫シタル動物ノ血清ヲ取リテ之ヲ健康動物ニ注射スレバ之ニ腫瘍ヲ接種スルモ成効シナイ、即チ所謂受働性免疫ノ存在ヲ證明シテ居ルえーるりつひニ至リテハ多數ノ材料ト豐富ナル實驗トニヨリテ免疫研究ヲ完成シ幾多ノ有益ナル事實ヲ發見シテ居ル更ニ又免疫ヲ直チニ治療上ニ應用シタモノモアルりしえ、へりくーるとハ人

モ出來又コレガ治療ノ術モ明瞭ニナルデアリマセウガ、前ニ申シマシタ、私ガ癌腫ヲ患ヒマシタトキノ素人ノ眼ヨリ見タ病氣ノ經過ヲ申上ゲテ御參考ノ一端ニモナレカシト企望シマス。

私ガ癌腫ヲ患ツタコトハ二十七年四月ノ初頃カラデゴザイマス、其時ハ癌ト云フコトハ分リマセヌガ、唯口中ガ荒レタクラキニ思ツテ殆ド半年以上經過シマシタ、十一月ノ初ニ當ツテ段々ニ痛ガ强クテ困難デ堪マリマセヌデ、高木博士ニ診ヲ貰ツタ所ガ博士ハ首ヲ捻ツテ一度デハ見切レマセヌカラ更ニ見ナケレバナラヌト言ハレテ、イヅレ再ビ見マセウト云フコトデ歸ラレタ、高ガ口中ノ荒レタ位ナルニソンナ人威カシヲ言ハレテハ困ルト思ツテ奇異ニ思ツテ居ツタガ、一日隔ツテ再度診察サレ、ドウモ惡性ノヤウダカラ手術スル外ナイト云フコトデアツタ、惡性ノモノト云ヘバ癌ト云フモノデナイカト言フタ所ガ、先ヅサウダト云フコトデシタ、餘リ氣持ノ宜イヤウナモノデアリマセヌ、今此席デ其感ジヲ記憶シテ居ル者ハ私一人デアリマセウ、實ニ不愉快デアリマシタ、然シ我ガ身ニ出來タ病氣ダカラ何處ヘモ持ツテ行キドコガアリマセヌ、大先生ガサウダト云フ、ドウシタラヨイカト問フト切解スル外ニ治術ハナイト云フ其頃私ハ六十ニ垂ントシタ年齡デアリマシタ若イトキハ劍術ヲ學ヒ小角力ヲモ取ルト云フ力自慢デアツタ殊ニ維新前ハ攘夷鎖港ヲ唱ヘテ隨分殺伐ナ人間デアリマシテ、幸ニシテ何處ニモ刀瘢抔ハナイガ、六十ニナツテカラ顏ニ刀瘢ヲ受ケルト云フノハ如何ニモ殘念ダ、サウ云フコトハシマイト云フテ家族共ニ議論モシタガ何ニセヨ癌種ト云ヘバドウシテモ切ラナケレバナラヌカラ剛情ヲ張ツテハイカヌト云フコトデ、是非切開シナケレバナラヌト云フコトニナリスクリッパ先生ト橋本先生ガ立會デ三人ノ先生ガ相談ノ上其年ノ十一月十八日ニ切開ヲ行ツテ、ソレカラ殆ド三十日バカリハ其瘢ノ爲ニ引籠リマシタケレドモヤガテ瘢ガ平癒イタシマスルトアトハ何ントモナク其以後ハ先ヅ今日マデ健全ニ致シテ居リマスガ、其後時々口中ガ荒レマスト人間ハ弱イモノデ是ハ再發シタカトビク〳〵イタ

コトデアルダラウト思ヒマス、故ニ此癌研究ニ就テモ是カラ諸博士ノ追々ノ御丹精デ相當ノ發明

カト思ヒマシテ押シテ茲ニ出マシタ譯デゴザイマス、(聽衆大笑)ソレデ私ハ前席ニ於テ博士方ノ述ヘラレマシタ學說トハ大反對ノ、至ツテ俗說ノ素人話ヲ申シテ祝辭ニ代ヘヨウト思ヒマス、維新後日本ノ事物ノ進ンデ參リマシタコトハ殆ド各種ノ方面ニ於テ所謂駢ビ走セ、共ニ進ムト申シテヨイト思ヒマス、不肖ナガラ我々ノ關係イタシテ居リマスル實業界ト雖モ世間カラハ小言ヲ言ハレルガ、昔日ト比較スレバ餘ホド進ンデ居ル、併ナガラ其事物ノ中デ數ヘテ見マスルト醫學ノ進歩ハ第一ニ指ガ屈レルヤウデゴザイマス、或ハ軍事ノ進歩ガ其前デアルカ其後デアリマスカ、私ニハ其品定メヲスルコトガ出來兼ネマスガ、醫學ノ發達ハ殆ンド摸倣時代デナクシテ發明時代マデ進ンダト申シテモ宜カラウト思ヒマス、左樣ニ進ンデハ來マシタケレドモ、世ノ中ノ進歩モ又醫學ニ負ケズニ進ンデ來ル、負ケズ進ンデ來マスルカラ色々ノ病氣モ亦タ追々ト進ンデ來ル、恰モ鐵道ニ乘テ遁ケル泥棒ヲ電信デ追驅ケルト同ジヤウナ有樣ニ追驅ケル方ノ進歩ガアレバ逃ゲル方ノ進歩モアル、醫學モ進メバ病氣モ進ムト云フ有樣デアル、茲ニ一例ヲ申シマスレバ私ハ養育院ノ貧民ヲ世話ヲシテ居リマスガ、東京市ノ貧民ノ殖エルニ從ツテ東京市ガ繁昌スル、繁昌スルト云フ言葉ハ貧民ノ多クナルト云フ言葉ハ正反對デアルガ、繁昌ト云フ字ト貧民ノ多クナルト云フコトハ離ルベカラザル因緣ガアル、繁昌スレバ貧民ガ多クナル東京市ノ住民ガ百數十萬ノトキハ養育院ニ這入ル貧民ノ數ハ五百人グラヰデアリマシタガ、段々ニ東京ノ繁昌ヲ增スニ從ツテ養育院ニ這入ル者モ增加シテ今日ハ千五百五十人ト云フ大數ヲ算スルヤウニ相成ツタ、貧民ノ多數ヲ以テ東京市ノ繁昌ヲトスルト云フハ奇妙ナル現象デゴザイマス、ソレト同樣ニ如何ニ醫學ガ進ンデモ尚ホ癒シ切レヌ病氣ガアル、癒シ切レヌ病氣ガアルカラ醫學ガ進マヌト考ヘルノハ間違ツテ居ル、如何ニ進ンデ行ツテモ尚ホ之ニ打越ヘタル事實ガ生ズルト云フハ是ハ爭フベカラザルコトデアルダラウト思ヒマス、故ニ此癌研究ニ就テモ是カラ諸博士ノ追々ノ御丹精デ相當ノ發明

(13) ○幹事（岡田博士）　此癌腫研究會ガ世ノ中ニ生レ出タト云フコトヲ聞キ込マレテ此會ノ創立費トシテ寄附ヲサレタ御方ガアリマスカラ其芳名ヲ御披露イタシマス、第一ニ福間甲松君、此人ハ其ノ父ナル人ガ癌デ死ナレタ其遺言デ研究會ノ發達ヲ祈ツテ金二百圓寄附サレマシタ、次ハ山中清兵衛君此方モ矢張リ癌研究會ノ發達ヲ祈ル爲ニ五百圓ノ寄附ヲサレマシタカラ此事ヲチヨツト申シテ置キマス。

○副會頭（本多博士）　本日發會式ニ當リマシテ大臣閣下其他各位ニ御願ヒヲシマシテ祝辭ヲ願ヒマシタ所ガ御來會下サレマシテ懇篤ナル祝辭ヲ賜ハリマシタノハ我々一同ノ深ク光榮トスル所デアリマシテ、本會ヲ代表シマシテ茲ニ御禮ヲ申シマス、ソレカラ尚ホ本會ノ會員ノコトデアリマスルガ、閉會ノ前ニチヨツト申上ゲテ置キタイト思ヒマス、ソレハ本會ハ元來純粹ノ學會トハ異ナリマスルノデ、ソレデ會員モ廣ク募ルト云フ考ハ無論ナイノデアリマスガ、併シ有力ナル醫學社會ノ方々ト又民間ニ於ケル有力ナル方々ニハ會員ニナツテ戴キタイ、本會ノ目的ヲ遂行スルニ御助力下サレルヤウナ方々ハ是非會員ニナツテ戴キタイト考ヘマスカラ、今後御賛成ノオ方ハ御入會下サレマシテ直接間接ニ本會ノ爲ニ御盡力アラムコトヲ願ヒマスル、之デ發會式ヲ閉シマシテ此癌ノ研究ニ就キマシテハ是マデ功績ノ在ル當教室ノ分擔者タル山極博士ガ御盡力ニ依ツテ教室ニ癌ノ標本ヲ備ヘテアリマスカラ之ヲ、次ニ行ヒマスル集談會マデノ間二十分ノ休憩ヲ致シマスルノデ、其間ニ御覽ヲ願ツテ、又茶菓ヲ御喫ガリニナラムコトヲ望ミマス。（速記）（拍手）

(14) ○發會式迄ニ入會申込者氏名

市內會員ノ部

〔い〕

澁澤男爵祝詞

シマシタコトモアリマシタガ、其爲メニ業務ヲ怠ルト云フコトモナク又眞ニ再發ト云フヤウナコトモナクシテ今日マデニ至リマシタ、ソコデ五六年前カラ醫術ニ心掛ケノナイ人ハアレハ癌デナカツタラウ、又ハ澁澤ハ運ノツヨイ人ダ抔ト色々ノ說ヲ申シタ者モアリマシタガ、若シ癌デナイナラバ、其時ニ大先生方ガ數回見テ鑑定シ得ヌ筈ガナイ、三人ノ大博士ガ六ツノ眼デ見テ愈々癌ト見テ切開シタノデアルカラ素ヨリ癌ニ相違ナイト信ジテ居ル、運ガヨイトカ或ハ癌デナカツタラウトカ云フコトハ實ニ齊東野人ノ言ニ相違ナイ、而シテ其癌ガ再發セヌト云フコトハ今日マデノ經過デハ事實デアルガ、コレガ果シテ再發セヌ性質ノモノデアツタカ又ハ其治療ガ巧妙ナル爲メデアツタカトイフ研究ハ今日ノ研究會ニ御任カセシマスカラドウカ充分ノ御調査ヲ願ヒタイト云フノ外アリマセヌ、（聽衆大笑）

爾來先ヅ今日マデハ健全デアリマスノデゴザイマス、デ斯樣ナ癌腫ニ緣故アル身體デゴザイマスカラ幸ニ斯カル研究會ニ於テ私ノ一身ガ若シ一ツノ生存シテ居ル標本タルコトヲ得タナラバ光榮此上モナイト思ツテ參上イタシマシタ次第デアリマス、

終ニ臨ンデ自家ノ方面ノコトニ就イテ一言ヲ添ヘタウゴザイマス、先刻標本ヲ拜見イタシマシタ際ニ、眞性ノ癌腫デナクテモ、チヨツトシタ惡イ腫物デモ治療ガ遲々スルト癌腫ニ變ズルコトガアル、デアルカラ能ク注意シテ治療シナケレバナラヌト云フコトヲ御案內下サレマシタ方カラ承リマシタガ、何ンデモ早ク治療ヲスルト云フコトハ必要デアル、今日我々ノ經濟界モ少シ病氣ニ罹ツテ居リマス、癌腫ナドデハアリマセヌ、結核デモアリマセヌ、併シ病氣ト云フコトハ免レマセヌ、或ハ食傷シタカ、腸胃ヲ損ジタカ知レマセヌガ、成ルベク早ク平癒サセタイト思ヒマス、ドウカ此經濟界ノ病氣モ今日此會ヲ御開キニナツタ癌腫ノ御研究ト相待ツテ速ニ治療ノ方法ヲ發明シタイト思ヒマス之ヲ以テ今日ノ祝詞トシマス（拍手）

麹町區下二番町四六
神田區駿河臺鈴木町一六
京橋區鎗屋町一一
麹町區元園町一ノ六

〔おを〕

麹町區飯田町一ノ三
麹町區三番町三六
本郷區東片町一六〇
京橋區弓町八
麹町區土手三番町一三
京橋區南大工町岡田病院

〔わ〕

京橋區越前堀一ノ四

〔か〕

麹町區富士見町四ノ一一
神田區駿河臺南甲賀町一二
京橋區南佐柄木町五

〔よ〕

下谷區南稻荷町六一
京橋區築地海軍々醫學校

土肥慶藏
遠山椿吉
鳥山南壽次郎
戸塚機知

岡玄卿
岡田和一郎
緒方正規
岡本武次
大森英太郎
岡田榮吉

和田劍之助

柏村貞一
金杉英五郎
川上元治郎

吉田惠隆
吉澤爲久藏

日本橋區久松町四〇
京橋區木挽町三ノ二一
麹町區平河町四ノ六
日本橋區蠣殻町二ノ二三
京橋區築地海軍々醫學校
豊多摩郡大久保百人町二一二
本所區相生町五ノ二三

〔は〕

麹町區平河町一ノ五
京橋區築地三ノ一五
本郷區弓町二ノ二三
神田區駿河臺袋町一三
赤坂區新町三ノ一五

〔に〕

本郷區眞砂町二八

〔ほ〕

麹町區平河町五ノ二四
豊多摩郡内藤新宿北裏町一一五
芝區芝井町三

〔と〕

入澤達吉
池田悦次郎
岩井禎三
岩佐新
岩崎周次郎
井上圓治
池邊棟三郎

芳賀榮次郎
林曄
橋本左武郎
濱田玄達
荻原彌四郎

西山信光

本多忠夫
本堂恒次郎
細野順

赤坂區靈南坂町一九　〔や〕　窪田靜太郎

本鄉區西片町一〇、ろ一一　山極勝三郎

麹町區富士見町五ノ三　山根正次

赤坂區靈南坂町三一　矢部辰三郎

四谷區本村町三七　〔ま〕　山上兼輔

芝區三田二ノ一四　〔ふ〕　松山陽太郎

本鄉區駒込西片町九　〔こ〕　富士川游

神田區駿河臺南甲賀町一〇　〔て〕　近藤次繁

日本橋區矢ノ倉町二　〔あ〕　寺田織尾

本鄉區弓町二ノ三四　青山胤通

神田區駿河臺南甲賀町一七　朝倉文三

本鄉區春木町三ノ二八　吾妻勝剛

牛込區矢來町八　秋山棟造

芝區三田四國町前田清則方　雨宮量七郎

〔た〕

京橋區西紺屋町一〇　高木兼寛
京橋區西紺屋町一〇　高木喜寛
下谷區練塀町六一　田代義徳
京橋區築地明石町三一　田村光顯
神田區駿河臺鈴木町二　高田耕安
小石川區竹早町四二　瀧口金二
麹町區平河町二ノ二　多納光儀
深川區深川公園地第四十七號　田口篤信

〔つ〕

豊多摩郡千駄ヶ谷町字新町裏八九〇　鶴田禎次郎

〔な〕

麹町區内幸町一ノ三　長與稱吉
麹町區下二番町七四　中濱東一郎

〔う〕

本郷區弓町一ノ一四　宇野朗

〔く〕

神田區西小川町二ノ五　栗本東明
京橋區三十間堀二ノ一　黒岩徳明
日本橋區濱町三ノ七　楠田謙藏

神田區駿河臺袋町一五　三浦謹之助
神田區駿河臺鈴木町六　宮島幹之助
神田區裏猿樂町三ノ四〇　三輪信太郎
神田區小川町六〇　宮本叔
下谷區練塀町東京田代病院　宮田哲雄

〔し〕

赤坂區高樹町一四　志賀潔
本鄉區西片町一〇、ほ六　志立富松

〔ひ〕

牛込區矢來町三、字仲丸五四　平井政遒

〔も〕

京橋區新肴町一四　毛利伊賀
海軍省醫務局　望月開作

〔す〕

京橋區采女町二五　鈴木主計
神田區淡路町一ノ一　杉山源作
麻布區飯倉片町五　鈴木孝之助

市外會員ノ部

〔い〕

本郷區湯島五丁目順天堂
京橋區木挽町九ノ三三

〔さ〕

神田區猿樂町二五
本郷區西片町一〇、は一九
麹町區内幸町一ノ五
牛込區若宮町二六
神田區駿河臺北甲賀町一一
本郷區湯島五ノ一〇
麻布區東鳥居坂町九
本郷區湯島天神町二ノ一二

〔き〕

麻布區仲ノ町一九
本郷區森川町一、中通一〇六
京橋區三十間堀一ノ六
日本橋區本町一ノ一二
麻布區今井町二二
神田區東紺屋町六

〔み〕

神田區三崎町三ノ一

阿久津三郎
朝吹英二

佐藤三吉
佐藤達次郎
佐藤敏夫
齋藤雄助
佐々木政吉
佐藤進
實吉安純
澤木富次郎

北里柴三郎
木下正中
木村順吉
菊地循一
北村精造
木村德衛

三浦守治

名古屋醫學專門學校　小川三之助
佐世保海軍病院　太田彌太郎
大津市日本赤十字社滋賀支部病院　大高信藏
長崎市興善町五〇　大谷周庵
佐賀市松原町　大黒安三郎
群馬縣新田郡太田町一八三　岡文造
千葉醫學專門學校　荻生錄造

〔わ〕

伯耆米子町中町　渡邊慶太郎

〔か〕

京都市堺町丸太町下ル　笠原光興
岡山醫學專門學校　桂田富士郎
廣島衛戍病院　川島慶治
千葉縣安房郡舘山町　川名博夫

〔よ〕

秋田市土手長町　吉田貞準

〔た〕

長岡市中千手町　谷口吉太郎
大阪市西區江戸堀北通一ノ八六　高洲謙一郎
熊本縣飽託郡本莊村熊本病院舍宅　谷口長雄

京都市堺町三條上ル　猪子止才之助
橫須賀衛戍病院　飯島茂
長野縣長野市縣町　今井政公
京都市吉田町中大路　池田廉一郎
仙臺市東二番町九六　磯彜
福岡市因幡町五六　稻田龍吉
津市玉置町四二　今井通
埼玉縣入間郡川越町志義町　井上力
千葉縣千葉町梅屋敷　井上善次郎

〔は〕

大阪市西區江戸堀南通五ノ一五六　服部哲
山口縣三田尻　林川長兵衛

〔に〕

秋田市上長町　西山貞光

〔と〕

大阪市西區新町三丁目緒方病院　東條良太郎

〔お〕

大阪市今橋町三ノ一八　緒方正清
滋賀縣野洲郡守山町大字吉身　岡田國太郎
大阪市西區新町三丁目緒方病院　緒方收二郎

韓國京城漢城病院　能勢靜太

〔く〕

名古屋市堅三藏町五三　熊谷幸之輔
小倉第十二師團軍醫部　國重嘉吉

〔や〕

橫須賀海軍病院　山本英忠
舞鶴海軍病院　山岸朔五郎
仙臺市北一番町二三　山形仲藝
愛知縣中島郡一ノ宮町私立山下病院　山下隆

〔ま〕

和歌山市日本赤十字社和歌山支部病院　丸山震五郎
京都帝國大學醫科大學整形外科教室　松岡道治

〔ふ〕

德島市寺島町古川病院　古川市次郎
京都帝國大學醫科大學　藤浪鑑

〔こ〕

岐阜市秋津町　小坂慶二

〔さ〕

名古屋南外堀町乙二一〇　佐藤勤也
新潟市營所通二番町　澤田敬義

名古屋市主稅町　高橋傳吾
秋田縣湯澤町　田中敬助

〔つ〕

千葉醫學專門學校　筒井八百珠
兵庫縣須磨浦療病院　鶴崎平三郎

〔ね〕

舞鶴軍港水雷團　根來祐春

〔な〕

南葛飾郡小松川村　奈良村淺次郎
佐世保海軍病院　中尾太一郎
京都市上京區下切通新丸東へ入　中西龜太郎
滋賀縣彥根町安養寺　長澤傳六
福岡市外春吉五番町　中金一
京都府下伏見衛戍病院　永末茂太郎

〔む〕

甲府市櫻町二　村松鍬三
石狩國岩見澤町畑一　撫養國太郎

〔う〕

京都市上京區寺町通今出川上ル四丁目　植松田津磨

〔の〕

〔ひ〕

廣島市水主町一二四　正田復次郎
清國天津河北　平賀精次郎

〔も〕

京都府立醫學專門學校　望月惇一

〔せ〕

札幌區西四丁目六　關場不二彥

〔す〕

岩手縣盛岡市川原小路一二　杉立義郎
島根縣濱田衛戍病院　杉本喜一

(15) 癌研究會雜誌第一回學術集談會記事

（明治四十一年四月二日午後三時東京帝國大學病理學教室ニ於テ）

○副會頭（本多博士）　開會ニ先立チマシテ會員諸君ニ御諮リ申シタイノハ昨夜獨逸ノ中央癌研究會カラ日本ノ癌研究會ヘ宛テ、書面ガ到着シマシタノデス、ソレハ先刻モチヨツト御話ヲイタシマシタ、ハイデルベルヒトフランクフオルトデ一昨年開キマシタ癌研究會協議會ノ決議ニ基イテ各國共ニ癌研究ニ就イテ聯合シヤウト云フコトヲ其當時決議ニナツテ居リマスノデゴザイマス、所ガマダ萬國癌研究會ト云フモノガ設立シテ居ラス、ソコデ先月ノ四日付ノ手紙デ會頭ライデン氏理事長プロフエツソルマイエルノ記名デ本會ニ宛テ、照會ガ參キリマシタ、ソレニ依リマスル

大阪市北區曾根崎上四丁目　佐多愛彥
京都市上京區室町通上長者町下ル清和院町四　佐伯理一郎
石川縣金澤病院　佐々木達
神戸市中山手通七ノ二四ノ二　坂元重勝
南足立郡千住町三ノ一　齋木林策
橫須賀海軍病院　齋藤恭三
韓國京城大和町二ノ一六　佐々木四方志

〔き〕

名古屋市南外堀町二一一　北川乙治郎
大阪市西區土佐堀通一ノ二二　清野勇
兵庫縣武庫郡西宮町　菊地常三郎

〔ゆ〕

大阪市東區今橋三丁目　湯川玄洋

〔み〕

大阪市東區今橋三丁目　水口耕治
福島市舟場町一　水野欽
熊本市井川淵町三三　三角愃
福岡醫科大學醫院第一外科　三宅速

〔し〕

京都市新島丸頭町　島村俊一

(16) 余ガ癌腫觀

醫學博士　山極勝三郎君

諸君今日ハ先程既ニ唯今御述ベニナリマシタ萬國癌研究協議會ト云フヤウナ、人道ノ爲メト云フ標榜ノ下ニ起リマシタ會ノ其支部ト云フヤウナ或ハ其加擔者ト云フヤウナモノトシテ、日本癌研究會ト云フモノガ發起ニナリマシタ、其發會式ヲ此我東京醫科大學病理學教室ニ於テ御開催ニナルコトニナリマシテ誠ニ我教室員一同ノ光榮ト存ズル所デアリマス、又唯今ソレニ續イテ第一回ノ學術集談會ヲ同ジク此教室ニ於テ開クコトニナリマシタ、サウシテ尚ホ其先登ニ私ニ何カ一場ノ演說ヲスルコトヲ許可セラレタト云フコトハ重ネ〳〵光榮ニ存ズル次第デゴザイマス、就キマシテハ玆ニ唯今御出ニナル副會頭ノ本多海軍々醫總監ヲ初メトシマシテ、其他委員諸君イヅレモ御多忙中ニモ拘ラズ此會ノ設立ノ爲メ非常ニ御盡瘁下サレタト云フコトハ私ノ深ク感謝スル所デアリマス、殊ニ私ガ癌ノコトニ就キマシテ格別ノ緣故アリト申シマスノハ先ヅ病理學ヲ擔任致シテ居リマスシ、ソレニ不肖デハアリマスガ、此癌ノ研究ト云フモノハ必要デアルト云フ考カラ自カラ『癌』ト云フ雜誌ヲ發兌イタスコトニ計劃イタシ、諸君ノ御賛同ヲ得マシテ繼續イタシテ居ルモノデゴザイマスカラシテ、ソレニ引續イテ最モ有力デアルベキ所ノ癌研究會發會式ヲ擧ゲラレルト云フコトニ成ツタコトハ感謝ニ堪ヘマセヌ次第デアリマス、ソレデ諸君ニ深ク御禮ヲ申述ベマス。

ソレデ今日ハ時間ガ少ナウゴザイマスノニ演說ヲスル人ガ數多ウゴザイマスノデ、先ヅ平常デアレバ少數ノ講演者ヲシテ十分ニ意見ヲ盡サセルガヨイト云フコトニナツテ居リマスケレドモ、併

ト、國際癌研究會ハ來月ノ四日ニ伯林ニ於テ開ク、詰リ是ハ發會式デアリマス、其文意ヲ摘ンデ申シマスルト、貴國ニモ癌研究會ト云フモノガ成立ツタヤウニ承知シテ居ルガ、希クハ貴會カラシテ代表者ヲ出シテ本會ノ議決ニ參與シテ貰ヒタイト云フ斯ウ云フノデアリマス、ソレガ此萬國癌研究會ハ是カラ初メテ規則モ出來、ソレカラシテ何年毎ニ開クトカ、場所ハドウスルト云フコトモ來月早々伯林ニ於テ開ク第一發會式デ定マルト思ハレマスガ、就テハ本會ハ之ニ代表者ヲ出シテ萬國癌研究會ニ加盟スルカドウカト云フコトハ會員諸君ニ御諮リシタイト斯ウ思フノデアリマス、ドウデアリマセウカ、此本會ノ設立ノ趣意ト云フモノハ國際的研究問題デアルカラシテ、本會モ設立スルト云フコトニナツタヤウナ次第デアリマスカラ從ツテ萬國癌研究會ニ加盟スルト云フコトハ本會ノ希望スル所デアルト私ハ考ヘテ居リマスガ、諸君ノ御同意ヲ得テサウシテ今度ハ餘リ時日モナイ來月四日ニ開クト云フコトデゴザイマスカラ本會ノ會員ハ向フノ獨逸ニ一名澳地利ニ一名參ツテ居リマス、獨逸ニ行ツテ居ルノハ當時伯林ニ居ルト考ヘテ居リマスガ、萬國癌研究ニ加盟シマシテ其會員ヲ代表者トシテ出シタナラバドウカト斯ウ私ハ考ヘテ居リマスガ如何デゴザイマス。

（「賛成々々」ト呼ブ者アリ）

○岡田博士　ソレハ異議ナイケレドモ、尚ホ色々研究シナケレバナラヌコトモゴザイマスカラ評議員會ニ御任カセヲ願ヒタイ、

○副會頭（本多博士）　ソレデハ今岡田博士ガ提議ニナリマシタヤウニ評議會ノ議ニ付シマシテ之ヲ定ムルヤウニ致シタイト思ヒマスガ如何デゴザイマス。

（「賛成々々ト」呼フ者アリ）

別ニ御不同意ノ方ガナイヤウデゴザイマスカラソレデハサウイタシマス、是ヨリ學術集談會ニ移

ノ上皮細胞ガ惡性腫瘍ヲ生ズルカニ就キテハ甲論乙駁今日尚未決ノ問題ナレモ此レニ就キテハウキルヒョー氏ハ外來刺戟ニコーンハイム氏ハ遺傳素因ニ重キヲ措キ其後コーンハイム派ノ流ヲ汲メルリッベルト氏ハコーンハイム氏ノ先天性迷芽ニ於ケルガ如ク生後即チ後天ニ或ル機會ニヨリテ自然ノ連絡ヨリ離レタル上皮細胞ニハ特ニ癌腫トナル性格ヲ有スルヿナクモ斯ノ如ク轉位離隔セラレタル細胞ハ再生機能ヲ有スル丈ニテ後來惡性ニ變ジ癌ヲ發生スト論ジ、即チコーンハイム氏ノ先天說ヲ借リ來リテ後天性轉位說ヲ唱ヘタルナリ、又タコーンハイム氏ノ說ハ唯生理上有ル可ラザル所ニ過冗ノ上皮細胞ガ先天性ニ迷込ミ居リ是ガ後ニ癌ヲ發生スト云フニ在レモマルシヤン、ボルスト等ハ單ニ迷芽細胞ト云フノミニ止メズ既ニ生理的地位ニアル細胞中ニ於テモ後來惡性ノ癌トナル可キ天賦性質ヲ有スルモノアリト假定セリマルシヤン、ボルストノ假定ハ唯其證明セラレザルヲ遺憾ナリトス

又此ノウキルヒョー氏系統ニテハハウゼル、フォン、ハンゼマン等アリ上皮細胞ヨリシテ癌ノ發生スルヤ單ニ該細胞ガ再生機能ヲ有セリトイフノミニテハ不充分ニシテ該細胞ハ是非共癌腫變性セザル可ラズトセリ

當初ウヰルヒョウハ炎性新生ト腫瘍トノ別ハ唯數量的ノ區別アルニ過ギズシテ共ニ刺戟ニ因スル者トシ腫瘍新生トイヒ他ノ新生機能トイヒ何レモ同一ノモノニシテ唯其刺戟ノ量ガ一定ノ大サ一定ノ强サニ達スレバ腫瘍ヲ生ズト云ヘルニコーンハイム氏ハ前後者其原因ヲ異ニシ腫瘍ノ原因ハ遺傳素因ニ在リ炎性新生ト相距ルヿ甚遠シト謂ヘリ吾人今日腫瘍新生ト他ノ種々ノ新生機能即チ生理的發育、再生炎性新生及ビ肉芽腫瘍トヲ比較スルニウィルヒョーガ其當時腫瘍ト炎性新生ト同一說ノ根據トセル肉芽腫瘍即チ結核結節トイヒ護謨腫トイヒ又癩結節トイヒ何レモ形態上幷ニ轉移ヲ生ズル點ハ腫瘍ニ酷似シ居ルニモセヨ此等ノ肉芽性腫瘍ハ何レモ特種ノ黴菌ニ因スル傳染

シ今日ノハイツモノ通リニイカヌカラ、成ルベク節約シテト云フコトデアリマスカラ私ノ述ベヤウト思ツタコトヲ極ク簡畧ニ三四十分間デヤル積リデアリマスカラ、暫ラク御清聽ヲ煩ハシマス。

私ハ癌腫觀ト云フ題ノ下デ病理學者ノ立場トシテ癌腫ト云フモノヲドウ云フモノニ見テ居ルカト云フコトヲザツト御話ヲシマス、然カシソレデハ成書カ何カノ朗讀ヲスルノカノヤウニキコヘマセウカト考ヘマスルノデ、ソレデハナラヌト思ヒマスカラ、又此癌研究會ノ性質カラ致シテモ癌ニ就テ幾分ナリ其方ノ智識ヲ進メルト云フノハ必要デアラウト思ヒマスノデ、今日ハ余ガ癌腫觀ト云フコトデ御話ヲイタシマスト同時ニ、又此頃取調マシタ小實驗例ヲ御紹介ヲ致シマス、又ソレニ對シテ標本ヲ列ベテアリマスカラ今日ナリ明日ナリ御覽ヲ願イタイ。（以上速記）

惡性腫瘍ト良性腫瘍トノ別ハ必シモ容易ナラザレドモ癌腫ハ兎ニ角惡性腫瘍ノ代表者ト謂フテ可ナル者ナルガ吾人ガ腫瘍ニ向ツテ惡性テフ形容詞ヲ加フルニハ（一）癌患者ノ體内ニ轉移ヲ起スノミナラズ（二）ミハエリス、イエンゼン、ボレル、パシフオード、エールリッヒ等諸氏ノ動物試驗ノ結果ニ徵シテ明ナルガ如ク同種ノ第二第三以上ノ動物ニ移植スルモ尚發育ストイフ兩性狀アルヲ要シ是レ其ノ全ク限局性ナル良性腫瘍ト異ナル所ナリ

抑モ癌細胞トハ如何ナル細胞ナルカ泰西ニ於テモ隨分突飛ナル說ヲナス人アリテ今日ニ於テ尚家鷄又豚ノ組織細胞ガアル不明ノ徑路ヲ取リテ人體内ニ入リ此ノ細胞ヨリ癌腫ヲ發生スルモノナリ等ト唱フル人モアリシガ此點ニ關シ彼ノ大ヨハン子ス、ミュルレルハ「人ノ腫瘍細胞ハ全ク人ノ細胞型ヲ有シ人類以外ノ動物組織ハ發見セラレズ」ト論破セルコトナルガ實ニ千古不拔ノ確言ニシテ皮膚樣囊腫又ハ其他ノ「テラトーム」雜腫瘍内ニスラ人類以外ノ動物植物ノ組織ヲ見出スコトナキコハ不可動事實ナリ而シテチールシュ、ソルダイエル以來吾人ハ惡性彼ノ如キ癌腫ノ細胞モ實ニ生理的上皮細胞（表皮粘膜細胞）ヲ母組織トシテ發生スルモノナルコヲ知ル偕然ラバ何故ニ生理的

腫トイフモ癌發生ノ局所ノ異ナルニ從ツテ其種類ノ相同ジカラザルコト(二)肉芽性腫瘍ノ結核、癩結節護謨腫等ハ何所ノ臟器ニ發生スルモ皆其到所ノ結締織細胞ヨリ徹菌ノ刺戟ニヨリテ同型ノモノヲ生ズルニ反シ癌ノ轉移ハ必ラズ原發竈ヨリノ細胞ノ子孫ニシテ局所ノ上皮細胞ハ與ラザルコト(三)癌腫ノ發育狀態ヲ研究スルニ良性上皮細胞腫瘍又ハ再生——炎性新生ト大ニ酷似シ居ルコト等ハ確實デ誰モ首肯スル所ナリ、又此ノ第三ノ事實ハ獨リ余等ガ近來發見シタルコトニ非ズ即チ病理學上ノミナラズ臨床的ニモ良性ナリシ腫瘍ガ(例ヘバ乳嘴腫)後ニ至リ惡性腫瘍癌腫ニ變性スルガ如キハ屢經驗セラルヽコトナリ殊ニ近來目身取調ベタル所ニ據ルモ所謂癌腫タルヤ發生學上昔時考ヘラレシガ如キ再生炎性新生ト雲泥ノ差異アル者ニ非ズ又生來癌細胞テフ細胞アリテ一定ノ機會ニ此レヨリ癌ガ發育スルコトアリトイフ可カラズ余ノ研究ノ結果ニテハ癌ノ發生ハ徐々ニ行ハルヽ者ニテ良性腫瘍單純增生ヨリ之レニ炎性——再性刺戟ノ反復シテ慢性ニ働クコトヨリテ癌ヲ發スル者ノ如シ

終リニ余ガ此癌腫觀ヲ說明センガ爲メ近頃爲セル胃「ポリープ」ノ數小實驗例ニ就キテ示說ス可シ

第一例

肉眼的ニハ胃ノ幽門ニ近ク扁平ナル「ポリープ」ノ多數ガ簇生シテ居ルガ此切片ニ就テ見レバ「ポリープ」ヲ被フ粘膜層ハ一般ニ周緣部ヨリ肥厚シ居レルガ尙擴大ヲ强クシテ見レバ粘膜ノ深層ニハ濃厚ニ染色セラレタル高圓柱狀上皮細胞ヨリ成立セル腺アリテ粘膜自己ニハ即チ腺新生ガアルモノヲラシクシテ本例ハ腺腫性「ポリープ」ト謂フ可キモノナリ

第二例

多發性「ポリープ」トメ胃ニ數箇十二指腸上部ニモ二個ヲ生ゼル者ニテ此ノ腸胃多發性「ポリープ」ニ就キテハハウゼル氏ヲ始メ報告ハアルガ尙稀有ノモノナリ本例ニ於テハ生前ニハ何等胃ノ徵候

性ノモノナルコトハ明カナルト同時ニ病理解剖組織上ニ於テモ異ナル所アリテ肉芽性腫瘍ハ全身諸臓ノ結締組織細胞ヨリ特種ノ微菌ノ傳染ニヨリ微菌ノ寄生ニ依リ到ル所ノ局所ヨリ生ズルモノナルニ反シ所謂腫瘍即茲ニイフ癌腫ハ各局所特異ノ上皮細胞ヨリ特異ノ癌ヲ發生シ且又轉移竈ニ於テハ局所ノ上皮細胞ハ癌腫結節生成ニハ參與セズシテ（例之胃癌ガ肝肺ニ轉移ヲナス時ハ局所ノ肝細胞氣管支粘膜上皮細胞等ハ癌形成ニハ受働的ニシテ全ク此ニ與ラズシテ）常ニ轉移シタル原發竈ノ細胞ガ增殖發育シテ以テ新癌腫結節ヲ作ルモノナリ故ニ實際ハ癌トハ肉芽腫瘍トハ大ニ發生狀態ヲ異ニス——茲ニ一寸原因上ノ見地ヨリ一言センニ唯今北里君ガ述ベラレタル所ニテハ動物ノ癌腫ハ同種族間ニハ移植シ得ルコトハハナウ氏ニヨリテ確證セラレテヨリ近者エールリッヒ氏ノ成績ニテハ動物癌ハ接種ニリテ動物ニ免疫性ヲ得セシメラルヽ點ヨリ癌腫ヲ以テ傳染性ノ疾病ト云ハレタル如クナルガ假令癌ヲ甲ヨリ乙ニ接種シテ乙ガ癌ニ罹レバトテ此際此レヲ以テ傳染トイフハ誤ニシテ外科學上上皮ノ移植（Transplantation）ヲ以テ十分ニ說明セラル可クシテ決シテ傳染ニ非ザルコトハハナウ氏以來今日ニ至ルマデ諸家ノ一般ニ等シク認ムル所ナリ

偖テ肉芽性腫瘍ハ上述ノ如ク腫瘍ト大ニ異ナルモノナレド再生、炎性新生即チ物質缺損後ノ再生及炎症ニ因ル新生ガ缺損ヲ補綴シ炎症ニ追隨シテノミニ存スルニ止マル間ハ此レ等ノ組織增生ヲ嚴密ナル意味ノ腫瘍ト名付ク可キ程ノ者ヲ生ズルニハ到ラザレド多數ノ場合ニ於テ再生——炎性新生ニシテ甚ダシク腫瘍ニ類似シタル者ヲ生ズルト同時ニ其增生機能自己ハ腫瘍新生ト甚ダ相似タル者アルナリ斯ノ如ク單純ナル炎性新生再生的增生ト腫瘍新生トハ却ツテ相近ク、腫瘍ノ發生ニ關シ前世紀終迄勢力ヲ有セシ遺傳素因說ニ基ケル腫瘍新生ト再生炎性增生ト全然別物ナリトノ考按ハ今日ニ於テ漸ク其勢力ヲ失ヒ腫瘍ト再生——炎性新生トハ甚ダ密接ナル關係ヲ有シ決シテ深溝ニヨリテ相距テラルヽモノニ非ザルコヲ信ズルモノ多キ樣ニナレリ而シテ目今ハ(一)一概ニ癌

所ニ腺ノ增生アリテ粘膜下ニ侵入シタルモ其ノ周圍ニハ肉芽組織生ジテ全ク周圍ヨリ限界セラレ居ルモノナリ次ニ

第五例

小彎ノ兩側ニ扁平ナル「ポリープ」アリシガ切片ニテ見ルニ腫瘍ハ全ク腺腫樣ニシテ腺腫性「ポリープ」ナル可ク粘膜筋ハ斷絕セラレテ腫瘍ハ粘膜下ニ侵入セルモ下方ニテハ肉芽組織ニテ其ノ發展防遏セラレ唯粘膜筋ノ方向ニ發育シ居ルコトガ甚ダ興味アルコトニシテ又本例ハ小彎ノ兩側相對性ニアル「ポリープ」ナレバ必ズヤ先ッ此所ニ潰瘍アリシナランモ而モ淺在性ナリシガ試ミラレタル再生ニ由ル新生ガ終ニ違型的ニ粘膜下層ニ向ツテ發展セルモノナラン

前第二例ノ膠樣癌ニテハ既ニ粘膜層內ニテ癌變性ヲ呈シ其ノ粘膜下層ニ浸潤セルヤ周圍ニ肉芽組織ノ新生ヲ認メザリシガ第三第四例ニ於テハ粘膜ノ腺腫ナルガ此レガ粘膜下層ニ入リテモ尙且ツ癌腫變性セズ又周圍ヨリ急峻ニ限界セラレ居ルコヲ見レバ全ク異所「Heterotopie」ニシテ而モ全ク限局セラレ居ルモノナルコヲ知ルニ足ル可シ

第六例

余ハ業報癌第一年第一冊ニ於テ胃癌ニ於テ其ノ原發發生局所ハ其既ニ進涉セル時期ニ於テモ尙且ツ明カニ舊母組織ノ造構ヲ具フルニヨリ此ヲ證明スルコヲ得ト云ヒシコアリシガ今日ノ此第六例ハ胃癌ノ最初期ニ在ル者ニシテ臨床上胃癌テフ診斷ハ未ダ附キ居ラザリシガ剖檢ノ結果胃ニハ慢性胃加答兒ノ徵候ヲ呈シテ且ツ「ヱタ、マムロン子」ノ外同時ニ物質欠損ヲ呈シ腫瘍ハ胃ノ大小彎ノ中間ニ位シ胃底ト幽門ノ間ニ四仙迷位ノ大サニ達スル結節狀ノ「ポリープ」トシテ存シ解剖上腺腫ト診斷セラレタル者ナルガ故ニ右ノ原發發生局所ト繼發育層トノ區別最明ナリ即切片ヲ見タルニ腫瘍部ノ粘膜ハ殆ンド全ク膠樣性癌トナリ中央部ニ於テハ粘膜ハ一部ハ下方ヨリ癌腫ノ壓迫

ナク解剖ノ際此レヲ「ポリープ」ト診定セラレタルモノナルガ弱廓大ニテ見レバ大彎部ニアル「ポリープ」ニ於テハ粘膜ハ大ニ肥厚シ所々膠樣質ヲ容ル、嚢腫アリ斯ル像ハ未ダ粘膜下ニマデ進マズ又癌變性ハ見エザルガ小彎部ノ大ナル「ポリープ」ハ既ニ癌變性ヲナシテ粘膜下組織内ニマデ侵入シテ膠樣質ヲ入ル、腺ヲ粘膜下層内ニ認ムルヲ得レモ未ダ浸潤性發育ヲトラズシテ擴大性ニ周圍ヨリ明カニ限界セラレ居ルナリ故ニ後者即胃ノ小彎ニ位スル「ポリープ」ハ轉移竈コソナケレ癌腫變性ヲ示セドモ大彎部ニアルモノハ未ダ癌變性ト謂ヒ得ル程ニ到ラズ而カモ尙且ツ腺腫性ニシテ今ヤ將ニ癌腫變性ニ陷ラントスル者ナリ即チ本例ニ於テ小彎部ノ「ポリープ」ノ粘膜ハ既ニ癌變性ヲナシテ粘膜下層ニマデ侵入セル膠樣癌ナルガ此レガ粘膜筋ヲ破リ粘膜下ニ侵入スルニ對シ粘膜下層肉芽組織ハ新生シ居ラズ

第三例

幽門ニ於ケル圓形ノ腺腫性「ポリープ」トシテ貯藏セラレタルモノ、切片ニ就キテ見ルニ「ポリープ」ノ周圍部ニテハ何タル變化ヲ認メザルガ「ポリープ」ニ一致セル粘膜筋ハ離斷セラレ此兩斷崖ヲ結付ケオルハ瘢痕組織ニシテ此所ニ彈力纖維ハ湮滅シ居リ此所ヨリ粘膜下層内ニ向ツテ圓柱狀上皮細胞群ガ侵入シオレルガ此ニ對シ局所ノ組織ヨリ肉芽細織ノ新生ヲ認ム可シ本例ノ「ポリープ」ハ必ズヤ後天性ノモノナル可ク其ノ初メ淺在性物質缺損アリ未ダ充分瘢痕結成セザル間ニ上皮細胞ハ缺損部アレバ此所ヲ被ハントスル性アルヲ以テ新生セル上皮細胞ハ粘膜下ニ進入シ此ノ腺腫性再生的新生ニ對シ粘膜下組織ノ增生ニ由リ肉芽組織ヲ生ジタルモ尙腺腫狀ニ止マリテ癌性變性ヲナスニ至ラザルモノト認ム

第四例

同ジク幽門ノ「ポリープ」ナリシガ第三例ニ類似シ「ポリープ」下基底部粘膜筋層ハ斷絕セラレテ此

トハハウゼル説ニ適シ(丙)物質缺損後ノ瘢痕組織新生ト同時ニ粘膜下ニ入リシ腺組織ハ周圍ニ肉芽組織新生ヲ見ルモ尚癌ヲ生セザルコアルハリツベルト説ニ適セズ(丁)然レモ亦粘膜下ニ達シ始メテ腺腫—癌腫性ノ發揮セラルヽコトアリ(戊)將タ又オルトノ言フガ如キ異所ガ癌腫ノ標徴トモ成ラザル場合アリ

大體ニ於テ以上數例腺腫性「ポリープ」ニ在リテ腺上皮細胞ノ增生ガ主ニシテ此レガ粘膜屬内ニアリテモ已ニ癌腫ニ變性シ得ルニ反シ假令尚進ミテ粘膜下層ニ入リテモ尚ホ且ツ癌腫變性ヲナサヾルコトアリテ立派ニ腺腫ノ銘ヲ打ツテ出ルニハ時日ヲ要シ始メヨリ腺腫性—癌腫性變性ノアルニ非ラズ(ハウゼルニ反對ノ事實)此ノ故ヲ以テ余ノ考フルトコロニ據レバ癌ノ發生ニ關シテハ原因ノ性狀及ビ新生ニ傾キツヽアル上皮細胞ト周圍組織ノ狀態ニヨリ病機ハ或ハ癌腫ヲ生ジ或ハ單ニ良性腺腫或ハ單純增生ニ止マリ或ハ幸ニ瘢痕ヲ以テ治癒ニ赴ク者アルコトテ千差萬別ナリ隨ツテ癌ハ直チニ迷芽細胞ヨリ發育スルモノニモ非ズ又特異ノ刺戟アルガ爲メニ起ルモノナラズシテ又一朝一夕ニ發生スル者ニ非ズ一定否諸原因ニ由リテ生理的或ハ先天性迷芽トシテノ上皮細胞ヨリ發生スル者ニシテ其發生ハ普通再生—炎性增生ヲ以テ始マリ即チ上皮細胞ハ先ヅ增生的傾向ヲ獲是レガ其原因ト境遇トノ關係ニテ最高「ポテンツ」迄達スルニ於テ癌ト云フアダムキヽウイツヽ等ガ癌細胞自個ヲ寄生體自個トスラ認セル惡性ノ細胞ニ變ズルニ到ルモノナリ然レバ則チ癌ノ發生ニハ長キ時日ヲ要シ此ノ組織ハ始メヨリ癌ト成ルベキ天賦ヲ有シ是非是レ々々ノ經過ヲヘテ癌トナル者ナリト云フガ如キコト無ク上述ノ通リニ癌ノ發育時期ニ達セズ良性腫瘍、單純增生ノ時期ニ止マル上皮細胞モ亦甚ダ多キ譯ナリ故ニ余ハ曾テ胃癌發生論ニ於テ

(第一)癌腫ノ發生ニ對シ各臟器ハ皆其ノ固有ノ歷史及特別ノ原因ヲ有ス胃モ亦然リ

(第二)組織ノ秩序永遠ニ亂レ組織發育ノ權衡復舊ノ期無シ該般ノ境遇ニ處シテ上皮—腺細胞ノ性

ヲ蒙リテ萎縮ニ陷レリ而シテ癌腫周邊部ノ幼若組織ハ「スキレース」ニシテ細胞ガ瀰漫性ニ增殖新生浸潤シ居レドモ陳舊部ハ既ニ膠樣ニ變性シオレルヿ明カナルガ最モ注意ス可キヿハ腫瘍ノ中心部ニハ粗太ノ間質トシテ瘢痕組織ヲ認メ其ノ直下及其間質材間ニ腺腫性ニシテ膠樣癌トイフ程度ニ達セザル新生腺管團アリテ是ハ而モ周圍ヨリハ肉芽組織ヲ以テ明カニ限界セラレテ第三、四、五、例ノ「ポリープ」ニ於ケルト同一ノ狀況ヲ呈シタルヿナリ

是ヲ要スルニ單純ナル腺增生ト考フ可キ

(一)腺腫性「ポリープ」ニ於テ新生セル腺ガ一旦粘膜下ニ侵入スル時ハ其ノ刺戟ニヨリ生ズル肉芽組織ニヨリテ周圍ヘノ發育阻止セラレ腺腫ノ肉芽織ノ方ニ浸潤發育スルヿヲ得ザルヿアレ𪜈斷絕セラレタル粘膜筋ノ纖維ノ間ニ於テ發育增生スルヿヲ得ル時期アリ

(二)粘膜内ニ於テ已ニ腺腫又癌腫ヲ生ズル塲合アリ

(三)其粘膜下層ニマデ浸蝕スルモ膠樣癌ニ於テハ肉芽組織ノ新生ヲ見ズ而カモ尙擴大性發育ヲ呈スル時期アリ余ハ是等ノ觀察ニヨリ胃ノ「ポリープ」ヨリ來ル癌ノ極早期ノ狀態ヲ知ルヿヲ得タルガ尙ホ

(四)第六例ニ於テハ胃ニ物質缺損アリテ再生ー新生ガ行ハレ是レニ繼發セル最初期膠樣癌ニシテ其中心部ニ原發々生局所ヲ證明スルヲ得タリ

蓋シ癌腫ノ發育旺盛ニシテ急速ニ頽廢スルモノニ在リテハ(膠樣癌ノ如ク)後ニ到リ原發々生局所竟ハ知ルヿ難キモ而ラザル限リハ明カニシテ比較的長時其ノ母組織ノ性狀造構ヲ維持ス

以上陳ベタル所見ヲ總括スレバ甲增生的腺腫性組織ガ粘膜下ニ入ルモ肉芽ノ新生旺盛ナルトキハ腺ノ發育停止ノ時期アリ、見ルベシ單純ナル上皮細胞轉位ノ未ダ癌ヲ生ズルニ足ラザルヲ(リツベルトニ反對ノ事實)乙增生ニ傾ケル腺ハ其粘膜下層ニ入ラズトモ粘膜内ニテ既ニ癌ニ變性シ得ルコ

ルリッヒ氏ハ遙々書ヲ余ニ寄セテ「余ハ動物試験的癌治療方面ニ大ナル希望ヲ有ス」ト言ヒシガ如ク今日ノ動物癌ノ研究ハ主トシテ既ニ發育セル癌腫ニ就キテノ者ナルガ吾人ハ此ノ惡性ナル癌腫ノ發生及原因ニ對シテモ更ニ充分探究セザル可ラズ（醫學士貴家學而筆記演者ノ訂正ヲ經タリ）―本冊原著欄山極論文參照―

(17) 癌ノ歴史

ドクトル 富士川 游君

癌ノ歴史ト云ヘバ其ノ範圍廣ク癌ノ本態、病理等ニ就テノ歴史アリト雖モ余ノ今述ベント欲スル所ハ只其ノ歴史ノ第一頁タル癌ナル名稱ニ付キテノ Etimologie ナリ、癌ト云ヒタルハ癌ナル文字ト云フ意味ナルヲ理解セラレタシ

癌ハ獨乙ニ於テハ初メ Krebsgeschwulst ト云ヒタルガ何時代頃ヨリカ Geschwulst ナル文字ハ略セラレ單ニ Krebs ト稱スルニ至レリ元來 Krebs ナル語ハ乳房ニ生ゼシ癌腫即チ乳癌ニノミ用ヒラレタル語ナリシガ今日ニ於テハ一般ニ癌腫ヲ Krebs ト云ヘリ、其ノ語原ハ羅典、希臘ニ在リテ今尚ホ各國語ニ殘留ス英ノ Cancer 佛ノ Chancre 獨ノ Schanker ノ如キ之レナリ何レモ動物ノ形狀ニ型リテ命名セシ者ナリ

我國ニ在リテハ今日癌ナル文字ハ用ヒラレ居レドモ此ノ癌ナル文字ノ新ニ生セシハ近代ノ事ニシテ諸君ハ字典中ニ癌ナル文字ヲ搜出シ得ザル可シ、支那ニ於テ癌ナル文字ハ宋ノ時代ニ作ラレタル者ノ如ク巖ノ畧字ナル嵒（ガン）ニ疒ヲ附シテ作リタル新文字ニシテ明ノ時代ニ至リテ初メテ書籍中ニ認メ且ツ宋ノ時代ハ癒癌其ノ他種々ノ新文字ノ構成セラレタルヲ知ル故ニ此ノ癌モ亦同時代ニ生ゼシ者ナル可シ

我國ニ於テ癌腫ナル字ノ用ヒラレタルハウイン市ノフランク氏ノ著書西暦一千八百年和蘭ニ翻譯

狀ハ次第ニ不規律トナリ其發育ハ終ニ横逸不羈トナル

(第三)獨リ境遇ノ感化ハ能ク癌細胞ヲ養成ス先天性癌細胞無ク特種唯一ノ癌發生體無シト述ベタルガ是レ果シテ正鵠ヲ得タルヤ否ヤハ向後ノ研究ヲ須ツ可キモ此レ即チ余ガ癌腫觀ナリ

余ハ今日原因論ニハ立入ラズ唯余ハ余ガ發生學上ノ見地ヨリ癌ノ原因ハ統一的ナラズ癌ノ發生部位ノ異ナルニ隨ツテ癌ノ種類ノ異ナル如ク原因モ亦一樣ナラズト申置クベシ終リニ余ハ余ガ此癌腫觀ヨリ癌腫ノ豫防及治療ノ方針ニ就キテ一言センニ

(一)豫防法

(一)總テ慢性炎性刺戟ノ永遠ニ持續スルヿヲ防遏スルヿ

(二)免疫法ヲ施スヿ

併シ病理學上ノ見地ヨリスレバ等シク癌トイフモ癌ハ其ノ發生局所ヲ異ニスルニ隨ツテ種々性質ヲ異ニスレバ各種ノ癌細胞ノ化學的性狀モ同ジカラザル可ク免疫法モ單純ノ動物試驗ニヨリテ得タル程ノ結果ヲ得ルヿ困難ナラント信ズ最モエールリッヒ氏等ハ一度癌腫ニ免疫スル時ハ肉腫ニ對シテモ免疫質トナスヿヲ得ルトノヿナレドモ此ハ更ニ研究ヲ要ス可シ

(二)治療法

(一)成ル可ク早期診斷ヲナシ外科的剔出「ラヂウム」療法又ハX光線等ニテ癌組織ノ撲滅ヲ計ルヿ

(二)特種ノ治療法—フオン、ライデン氏ガ人ノ癌腫患者ニナセルガ如キ Haemolyse, Citolyse ノ「プリンチップ」ニヨリ癌腫細胞ヲ溶融ス可キ血精ヲ用ユルヿハ最モ適當ナル所置ナラント思ハル併シ乍ラ是ニ於テモ亦癌ノ各種ニ對シ夫々ノ血精ヲ要スベキヤ否亦研究問題タリエー

觀察スルニ止マリ好機會ヲ失シタルヲ恨ム——其ノ研究ノ報告ヲ讀ムニ眞ニ癌研究ノ新方面ヲ開キタル者ニシテ勁敵癌腫ノ堅城モ此ノ移植術ノ掛橋ニヨレバ陷ルヽニ難カラザルガ如ク考ヘラル久キ以前已ニハナウ氏鼠ニ就テモーロー氏ハ「マウス」ニ就テ癌移植ヲ行ヒタル事アリシモ一般ニ知ラレザリシガイエンゼン氏「マウス」癌ノ容易ニ移植シ得ルヲ報告セシ以來廣ク此ノ實驗ハ行ハルヽニ至レリ巴里ノボレル氏伯林ノミハエリス氏倫敦ノパシュフホード氏等ニヨリテ該試驗的腫瘍研究ニ一大進歩ヲ來セリ而シテ此等ノ諸氏ノ報告ハ大體一致セルヲ見ル「マウス」癌ノ今日迄ニ發見セラレタルハ老年ノ雌ニシテ其ノ移植ニ用ユル「マウス」ハ若キ方成績ヨロシ其ノ組織的構造ハ腺腫性癌腫又ハ腺癌腫トモ云フ可ク其ノ性質腺腫ニ近ク良性ニシテ發育壓排性ニシテ浸潤性ナラズ且ツ轉移ナシト云ハレタルガハーランド氏ニ依レバ顯微鏡下ニハ轉移腫ヲ認メ又其ノ發育モ壓排性ナリト云フハ只皮下ニ移植セラレタル場合ニ就テノミニシテ筋組織間ニ於ケル發育ハ浸潤性ナルヲ認メタリ故ニ人間ノ癌ト大差ナキ者ノ如シ

初メハ癌ノミニ移植ハ行ハレタルガ肉腫、癌肉腫混合腫瘍其ノ他軟骨腫モ同樣移植セラルヽニ至レリ

昨年伯林ノミハエリス氏等鼠ニ移植ノ成就セルヲ報ゼリ但シ以前已ニハナウ氏ニヨリテ行ハレタルモ一般ニ知ラレザリシナリ

鼠癌ハ「マウス」癌ヨリモ一層人間ノ其レニ類似シ轉移ヲ生ジ又「マウス」癌ニ於テハ腹腔內移植ノ行ハレザリシニ反シ鼠ノ者ニ在リテハ行ハルヽト云フ

此等腫瘍ノ移植ニ堪タルハ初メハ一〇・%ニ達セザリシガ今日ニ於テハエールリツヒ氏ハ殆ンド凡テ陽性ナル成績ヲ得タリト云ヘリ、此レ移植ノ度數ノ重ナルト共ニ漸次其ノ惡性(Virulenz)ハ增加スル爲メナル可シ又惡性ガ移植ニヨリテ一時ハ增加スルモ又減退スルヲ認メタル事アリ又波

セラレ我國ニ再譯セラレ天保元年ニ出版セラレタル書ニ初マル其レ以前ハ癌ナル語ハ只乳癌ニノミ用ヒラレ他ノ癌腫ニハ用ヒズ例ヘバ舌癌ノ如キモ舌疽又ハ舌蔥ト云ヒタルガ如シ現今支那ハ皆蔥ナル文字ヲ用ヒ癌ヲ用ヒズ故ニ癌ナル文字ヲ現今用ヒツヽアルハ只日本アルノミナリ（醫學士緒方知三郎筆記）

(18) 癌免疫試驗ノ近況

醫學博士　佐多愛彦君

癌腫發生原因ニ關ノハ未ダ定說ナシト雖モ近來血清ノ研究長足ノ進歩ヲナシ抗毒性血清（Antitoxisches Serum）溶菌性血清（Bacteriolytisches Serum）進ミテハ細胞溶融性血清（Cytolytisches Serum）ノ發見アリ其ノ癌治療上ニ應用セラル、時期モ來ランカトノ希望ヲ懷キ得ルニ至レリ由リテ余ハ五六年前ヨリ細胞毒素（Cytotoxin）ノ研究ニ從事シ居レルガ腎臟毒素（Nephrotoxin）肝臟毒素（Hepatotoxin）神經毒素（Nervotoxin）等ヲ含メル細胞毒素性血清（Cytotoxisches Serum）ヲ動物ニ注射スルニ決シテ只其ノ特種ノ内臟（Nephrotoxin ガ腎細胞 Hepatotoxin ガ肝細胞ノ如ク）ノミニ作用スルニ非ズシテ他臟器ヲモ犯スヲ見タリ此ノ諸臟器ノ各細胞ハ其ノ性質類似ノ點アルヲ以テナリ、故ニ斯カル血清ヲ以テ癌細胞ヲ破壞シ得タリトスルモ同時ニ他ノ内臟ノ細胞ヲモ犯スナル可ク且ツ又癌細胞ヲ破壞スルニ非ズシテ只其ノ發育ヲ止メ得ル程度ノ弱細胞毒素性血清ヲ以テスル時ニハ臥床的觀察ニヨリテ認メ得ル如キ短日月ニ在リテハ變化ナク、然ノミナラズ斯カル際ニモ已ニ蛋白尿ノ排出セラル、ヲ見ル故ニ此ノ理想ハ實現スルニ難カル可シト考ヘラル

歐洲ニ於テハ當今動物試驗的腫瘍研究ハ盛ニ行ハレ癌ノ移殖ニ付テノ報告ノ續出スルニ反シ我國ニ於テハ動物ノ癌ヲ見ル機會ナク未ダ移殖ヲ行ヒ得タル人アルヲ聞カズ——余五六年前偶然「マウス」癌ヲ見タル事アリシガ當時未ダ癌移植ノ事アルヲ知ラズ只標本ヲ製作シテ其ノ癌ナル事ヲ

テラレ得ルモ鼠ノ體内ニ於テハ然ラズ此ノ物質ハ移植ノ際「マウス」體ヨリ腫瘍ト共ニ接種セラル、故ニ癌ハ初メノ八日間ハ盛ニ發育スレモ其レ以後ハ萎縮ニ陷ルナリ而メ癌接種後ニ得ラル、免疫ハ之レ全ク抗毒素ノ發生スルニ非ズメ此ノ一種物質ノ不足ヲ起スニ歸因スルナリトシ「アトレプチシ」免疫(atreptische Immunität)ト名付ケタリ、此ノ免疫ノ起ル爲メニ「マウス」癌ニハ移轉少ナク又癌腫發生ノ際ニ癌腫細胞ハ其ノ動物ノ營養成分タル或ル一種ノ物質ヲ攝取スル爲メニ一般營養狀態ノ損害ヲ起スナリ故ニ氏ハ抗毒素性免疫(Antikörper-immunität)及ビ組織性免疫(Histogene Immunität)ノ他ニ「アトレプチシ」免疫ヲ認メタルナリ

斯クメ人工的ニ温度其他侵害的刺戟ニヨリテ其惡性ヲ弱メ得タル癌又ハ惡性ノ初メヨリ弱キ癌ヲ「マウス」ニ移植シテ發育セザリシ時ニ次デ惡性ノ强キ癌ヲ移植スルモ全ク發育セズ今日迄ノ實驗ニヨルニ元來弱キ惡性ノ癌ニヨレバ八〇・—九〇・%ハ免疫試驗ハ成功スルモ温度ニヨリテ人工的ニ惡性ヲ弱メタル者ニヨレバ其ノ結果善カラズ、此ノ事ニ付テハエールリツヒ、ショエ子、ミハエリス諸氏ノ報告何レモ一致ス然ノミナラズエールリッヒ氏ハ偶然强キ惡性ノ癌ヲ移植シテ發育セザリシ時ニ其ノ動物ニ强キ免疫ヲ得タリト云ヘリ

此等ノ實驗ハ又鼠ノ癌ニ就テモ同樣ナル結果ヲ得タルナリ

ギールケ氏ハエールリッヒ氏ノ「アトレプチシ」免疫說ニ贊成セズ、曰クエ氏ノ第二回目ノ癌移植ノ成就セザリシハ第一回目ニ移植セシ癌切片ノ大ナル爲メニ其ノ一部分吸收セラレ從テ「マウス」體内ニ抗體(Antikörper)ヲ生ジタルニ依ル者ニシテエ氏ノ用ヒタル切片ハ〇・三ナリシモ其ノ六分乃至十分ノ一ヲ移植スレバ第一回目ノ移植後一週間ニシテ再ビ第二回目ノ移植ヲ行フモ癌ノ發育スルヲ見ル可ク且ツ又一般ニ惡性腫瘍ノ轉移ヲ生ズル理モ又エ氏ノ「アトレプチシ」免疫說ニヨリテ說明スルヲ得ズト、余ハギールケ氏ニ贊成スルナリ

狀ニ增減スル事アリト云フ又「マウス」ト種屬ヲ異ニスル者ニ移植スレバ惡性ニ變化ヲ及ボスト考ヘラレタル事アリタルモ只其ノ移植法ノ技能ノ優劣ニヨル者ノ如シト云フ

エールリツヒ氏偶然初メテ癌移植動物ニ肉腫ノ發生セシヲ發見シ氏ハ癌腫ノ刺戟ニヨリテ試驗動物ニ反應的結締織細胞增殖ヲ惹起シ終ニ肉腫細胞ニ變化シ反テ癌細胞ノ萎縮シ去リタル者ナリト說明セリ而シテ某氏（シラーゲンハウフエル氏？）ハエ氏ガ移植シタル原腫瘍ガ已ニ雜腫瘍ニハ非ラザリシヤトノ疑問ヲ發シタル事アリシモ終ニエ氏ノ說ニ贊成ヲ表スルニ至レリ而シテ今日迄ノ實驗ニヨルニ多數ノ移植動物體ヲ經ルモ癌腫ノマヽ變化セザル者アリ又肉腫ニ變化スル者アリ又腺癌腫ニ在リテモ其ノマヽ變化セザル者、肉腫ニ變化スル者、癌腫ニ變ズル者ノ三樣アリ、又肉腫癌腫ヲ同時ニ移植スレバ混合腫瘍ヲ生ズト云フ

ハーランド氏ハ混合腫瘍ヲ攝氏四十四度ノ溫度ニ二十五分間置キタル者ヨリ混合腫瘍ヲ生ジ得ルモ三十分以上貯ヘタル者ヲ移植スル時ニハ癌腫成分ヲ缺キタル肉腫ヲ發生スルヲ報告セリ此ノ溫度ノ癌細胞ニ侵害的影響ヲ與フル事實ハ免疫實驗ノ基ヲナシタル者ナリ

レップス氏ハ三時間癌腫ヲ加熱スレバ其發育止ミ又稀食鹽水「グリセリン」中ニ入ルヽモ同ジク其ノ惡性ヲ弱メ得又四十六度以上零下十八度以下ニ於テハ十五分間ニテ發育止マルト云フ然レドエールリツヒ氏ハ二年間零下十度內ニ貯ヘタル者ヨリ善ク動物ニ移植シ得タルヲ實驗シ又殊ニ軟骨腫ハ零下二百度ニ三日間置クモ善ク發育シタリト云ヘリ

エールリツヒ氏ハ「マウス」癌ヲ鼠ニ移植スレバ八日間ハ盛ニ發育スルモ其以後ハ漸次退行變性ニ陷リ吸收セラレ又其ノ鼠ニ再ビ「マウス」癌ヲ移植スルモ全ク發育セズ然レドモ八日目ニ鼠ノ體內ヨリ其ノ癌腫ヲ切除シテ再ビ「マウス」ニ移植スレバ癌ノ發育スルヲ認メタリ氏ハ此ノ事實ヲ解譯シテ腫瘍細胞ハ其ノ永久的發育ニ一定物質ヲ要ス而シテ此ノ物質ハ只「マウス」有機體內ニ於テ用立

得ザルモ其ノ發育ヲ抑制シ得故ニ其ノ血清ヲ人間ニ應用スルニ至ルモ其ノ原發癌ニ向ツテハ如何トモスル事能ハズ只其ノ轉移ヲ防ギ得ルニ止マルナル可シ此レ癌免疫試驗ノ近況ニシテ且ツ又余ノ該免疫ニ對スル意見ナリ（醫學士緒方利三郎筆記）

(19) 婦人科的癌腫ノ統計的報告

醫學博士　木下正中君

余ハ去三十八年東京醫學會ヨリ婦人科的癌腫テフ宿題ヲ得テ爾來此ニ向ツテ研究ノ歩ヲ進メタルガ本日此集談會ノ席上ニ於テモ亦此婦人科的癌腫ノ統計的ノ講演ヲ試ミントス

諸君癌腫タル實ニ治療上至難ナル疾病ノ一ニシテ余ハ去三十三年本學婦人科教室ヲ繼承シテ以來昨四十年末日ニ至ルマデ婦人科患者ニテ入院治療セル者二〇六〇名中惡性腫瘤ノ四七一名（二二・八五%）ヲ算シ其ノ内三二〇名ハ子宮ニ來レルモノナリシガ就中三〇九名ハ實ニ子宮癌腫ナリキ又三四六名ノ婦人科的癌腫ノ總數ニ對シ子宮癌腫ノ百分比例ハ七三・四六%トナル實ニ驚ク可キモノナラズヤ

第一表

腫瘤ノ種別 / 部位	癌腫	癌變性乳嘴腫	肉腫	惡性脈絡膜上皮腫	單ニ惡性腫瘤ト記サレタルモノ	計	百分比例
子宮	三〇九		二	九		三二〇	六七、九四
膣、陰唇、及膀胱、尿道	一二					一二	二、五五
卵巢	二二	三二	一二		七	一三〇	二七、六〇
輸卵管	一					三	〇、六四
其他	二		四			六	一、二七
計	三四六	三二	一四	九	七	四七一	
百分比例	七三、四六	六、七九	二、一〇	一、九一	一、四九		

上述ノ方法ニヨリ免疫セシ動物ノ血清ヲ已ニ癌ニ惱メル動物ニ注射スルモ癌ヲ全治セシメ得ザルモ其ノ發育ヲ抑制スル事ヲ得ト云フ、此血清ニハ未ダ沈澱素(Praecipitin)細胞毒素(Cytotoxin)凝聚素(Agglucinin)ノ存在ヲ認メズ、又癌ニ惱メル人ノ血清中ニハ一種ノ抗體アリ又一種ノ沈澱作用(Praecipitation)アリト云フ人アリ

故ニ癌ヲ移植シ得タル動物ノ血清ヲ癌ノ治療上ニ應用シ得ズトスルモ豫防ニハ効アルナル可シ且ツ又癌ニ免疫セシ動物ハ肉腫、軟骨腫ニ向ツテモ効アリ又肉腫ニ免疫セシ者モ癌腫ニ向ツテ免疫セラレ居ル故ニ通有性免疫(Panimmunität)ニシテ又「マウス」ノ兒ヲ摺潰シテ得タル液體「マウス」ノ血液、肝、脾ノ組織液ニヨリテ同樣ニ免疫シ得ト云フ

上述ノ理由ニヨリテ癌免疫血清ヲ動物ニ注射スルモ癌腫ノミヲ犯サズ他ノ凡テノ臟器ニモ作用スル故ニ癌腫ノミニ向ツテ働ク特種作用アルニ非ズ比較的免疫血清ト云フ可シ然レモ癌腫ヲ以テ免疫セシ者ハ血液ニヨリテ免疫セシ者ヨリモ其ノ癌腫ニ對スル免疫ノ程度最モ強ク又「マウス」ノ血液皮膚ヲ剝離セル胎兒ノ乳劑ヲ用ユレバ免疫度弱ク、皮膚ノミ又ハ胎兒ヲ皮膚ト共ニ乳劑トナシタル者ニヨレバ其ノ度ヤヽ強キヲ見ル依リテ其ノ免疫ニ程度ノ差異アルヲ認メザル可カラズ

是ヲ要スルニ吾人ノ知リ得タル動物ノ癌腫ハ人間ノ其レト同樣ナル者ニシテ「マウス」ノ特發癌ハ老年ノ雌ニ多ク而シテ吾人之レヲ他ノ「マウス」ニ移植スル際ニハ若年ノ者ニ善ク發育スルヲ認ム、惡性ノ弱キ癌ニヨリテ免疫シ得レバ次デ行ハル、第二回、第三回ノ移植ハ全ク成就セズシテ九〇・%迄免疫セラレヲルヲ見ル可シ、殊ニ強キ惡性ノ癌ヲ移植シテ發育セザリシ時ニハ強度ナル免疫ヲ獲得スル事ヲ得可シ又同一ノ惡性ノ者ヲ時々移植スレバ免疫度ヲ高メ得可シ、而シテ此ノ免疫ノ本態ニ至リテハエールリツヒ氏ノ云フ如ク「アトレプチシ」免疫ナルヤ又ギルケ氏ノ云フ如ク反抗素性免疫ナルヤハ定メ難シ、而シテ斯クシテ得タル免疫ハ已ニ發育セル癌腫ヲ破壞治癒シ

第三表

年齢	膣部	頸管	膣部及ビ頸管	子宮體	頸部及ビ體	部位不明	計	百分比
一五年未滿								
一五—二〇年								
二〇—二五年	五	一	二		一		八	二、五九
二五—三〇年	六	三	七	一	一	一	一九	六、一五
三〇—三五年	二四	五	一三	四	五	一	五一	一六、五〇
三五—四〇年	二六	七	一九	二	一	二	五七	一八、四四
四〇—四五年	二九	八	二二	二	一	一	六三	二〇、三九
四五—五〇年	一四	四	九	四	三	二	三六	一一、六五
五〇—五五年	一六	四	六	二	一	二	三一	一〇、〇三
五五—六〇年	五	二	二	六	二		一七	五、五〇
六〇年以上	六		二				八	二、五九
不明	三	四	二	二		九	一九	六、一五
計	一三四	三八	八四	二三	一三	一七	三〇九	

第四表

年齢	陰唇癌	尿道癌	膀胱癌	卵巢癌	輸卵管癌	惡性卵巢腫瘤	計
一五年未滿							
一五—二〇年	一						一
二〇—二五年		一	一	一			三
二五—三〇年	一						二
計	一	一	一	一			三二七

其他卵巢輸卵管ノ如キ部位ニ來リタル癌腫ハ第二表ノ如シ

第二表

年齢	卵巢乳嘴腫	變性惡性卵巢囊腫（皮樣囊腫トモ）	卵巢癌腫	惡性卵巢腫癌	輸卵管癌腫	直腸癌腫	腹膜癌	計
一五—未滿								
一五—二〇	一							一
二〇—二五	三	四	一					八
二五—三〇	一〇	一	一	二		一		一六
三〇—三五	一二	一	一					一二
三五—四〇	一二	六	五	一				二四
四〇—四五	八	六	二					一六
四五—五〇	四	六	五	一	一			一七
五〇—五五	四	五	三	二			一	一五
五五—六〇	二	一	一					四
六〇以上	一	二	一					四
不明								
計	五七	三二	二二	七	一	一	二	一二二

年齢ト癌腫トノ關係

余ハ三十七年度ノ外來患者一二一名ノ子宮癌ノ統計的檢査ヲ試ミ…（明治三十八年度東京醫學會雜誌第十九卷第十三號參照）タルガ昨四十年度ニテハ二〇九名ノ子宮癌腫中最モ多ク來レル年齢ハ四十乃至四十五歲ナルガ三十七年度ニ比シテ三十歲乃至四十歲ノ年齢ニ於テ著シク其ノ數ヲ增セルヲ見ルナリ（第二表參照）

摘要	計	不明	六〇年以上	五五—六〇年	五〇—五五年	四五—五〇年	四〇—四五年
*九年三ヶ月ノ女少 *エンドテリオーム一例	一二	一二		一			
	二	二		一			
	二	二			一		
	一六	一六			二	二	
▲十五年十ヶ月ノ未婚ノ女	九	九	二				一
○腸間膜肉腫一例 同エンドテリオーム一例 大網膜肉腫一例 ×腸間膜肉腫一例							×二

就中卵巢肉腫ノ一例ハ九年三ヶ月ノ少女ニ來レルモノナルガ最モ幼少ナリシモノニテ又惡性脈絡膜上皮腫ノ一例ハ十五年十ヶ月ノ未婚女ニシテ視診上膣部ニ小結節アリシ故此レヲ剔出シタルニ死亡シ本學病理敎室ニテ解屍ノ結果子宮前壁ニ鷄卵大ノ腫瘍ノ占座セルモノナリキ

分娩ト子宮癌トノ關係

余ハ四十年度ニ實見セル三〇九名ノ子宮癌患者ニ就キテ分娩度數ト對照セルニ（第六表參照）

分娩數	膣部	頸管	膣部及頸管	子宮體	頸部及體	部位不明	計	百分比例
〇	一五	四	五	八	二	四	三八	一二・三〇
一	一四	八	五	二	三	三	三五	一一・三三
二	二一	二	九	五		三	四〇	一二・九四
三	九	二	六	二	一	二	二二	七・一二
							三一九	

年齢	卵巣肉腫	子宮肉腫	輸卵管肉腫	計	悪性脈絡膜上皮腫	腸間膜大網膜肉腫
一五—未満	*一			一		
一五—二〇年	二			二		▲一
二〇—二五年	*三		一	四		
二五—三〇年		一		一		二
三〇—三五年	一			一		一
三五—四〇年	三			三		二
三〇—三五年	五	三	三	二二	一	七
三五—四〇年	一	二	一	四		一
四〇—四五年	二		二	五		二
四五—五〇年			五	七		四
五〇—五五年			三	六		六
五五—六〇年			一	七	一	二
六〇年以上	一		一	二		三
不明				一		二
計	五	三	三	二二	一	七

第三表第四表ニ示スガ如ク癌腫ハ二十歳以後ニ來ルモノナレ𪜈唯其ノ一例ハ十四年十一ヶ月ノ處女ニシテ陰唇癌腫ノ一例トシテ昨年十一月東京醫學會ニテ報告シタルモノアルガ癌腫中最モ高齢ナリシハ七十歳ニテ子宮膣部癌ニ罹レル者ナリキ

子宮附屬部ノ爾他惡性腫瘍(卵巣肉腫、惡性脈絡膜上皮腫等)ハ第五表ニ示スガ如シ

第五表

以上モ分娩度數ノ增加ヲ認メラル可ク金澤ニ於テ小川學士ノ調査モ亦余ト殆ンド同一ノ結果ヲ得タリトイフ（十全會雜誌參照）

昨年三月森棟學士ガ婦人科學會ニテ子宮癌ト妊娠ト隨伴セル十餘例ニ就キテ報告セラレタルガ如ク妊娠ト隨伴スル時ハ子宮癌ノ發育ハ頓ニ旺盛ヲ極メ屢々外科的手術不能ノ事アリテ外觀上初發ノ病徵ノ極微少ナルモノニ於テモ子宮周圍組織腹骨等ノ組織ノ浸潤甚シク手術不可能ノ者アリ

治療上ノ知見

三十三年以降昨四十年ニ至ルマデ余ノ教室ニテハ手術的治療法トシテ搔爬燒灼法、腟式全剔出、腹式全剔出、輸入血管結紮ヲ行ヒテ腫瘍ノ發育ヲ阻碍セシムルモノ腟式腟上部切斷法等ヲ行ヒタルガ尙手術不了ニ終レルモノ又ハ手術不可能カ又ハ此レヲ拒絕セルモノ等ヲ集メ第七表ニ揭グ

年度 ＼ 手術種類	搔爬燒灼	腟式全摘出	腹式全摘出	輸入血管結紮	腟式腟上部切斷	手術不了ニ終レルモノ	手術不能又ハ拒絕セルモノ	不明	計
明治卅三年度	一七	三	一		一				二二
卅四年度	一三	六	三		一			一	二四
卅五年度	二五	六	七			二	四	一	四四
卅六年度	八	六	一八	四			三		四二
卅七年度		二	二二	一一		一	二		五〇
卅八年度		二	四一	七					三八
卅九年度			三四	二		二			五〇
四十年度		三	三七	一〇	三	五	九	四	三〇九
計	六三	二八	一六三	三四					
各手術ノ死亡率	一・五九	三・五七	二八・二二	一一・七六		六〇・〇〇		五〇・〇〇	一八・四五

年齢	四	五	六	七	八	九	一〇	一一	一二	不明	計		
一五		七	一四	一二	一二	八	四	一	一	一	一三四		
四	四	四	三	一	四	四	二				三八		
一二		六	一四	八	八	五	三	一	一	一	八四		
四		一									二三		
		一		一	三		二				一三		
		一				一	一			二	一七		
三五	三	二〇	三一	二三	二七	一八	一二	二	二	四	三〇九		三三〇
一一・三三		六・四七	一〇・〇三	七・四四	八・七四	五・八三	三・八八	〇・六五	〇・六五	一・二九	——		

未産婦及一乃至三四回ノ經産婦ニ多ク癌腫ヲ見タルガ未産婦ト經産婦トノ關係ヲ知ル點ニ於テ將シテ絶對的不妊者ナルカ否ヤハ此ノ表ノミニテハ窺知ルコヲ得ズ從テ月經閉止期ニ入リタルモノハ妊娠ノ望ミモナシト推定シ得ルヲ以テ余ハ月經閉止期ニ入レリト認ム可キ四十五歳以上ノ癌腫患者九十一名ニ就キテ統計ヲトリタルニ

不妊者　六名

壹回乃至十一回經產婦　八五名

經產婦一名ニ就キ平均五・六七回分娩率トナル

尙四十五歳以上ノ婦人一〇〇名ニ就キテ分娩回數ヲ調査セルニ分娩回數平均四・三五トナルガ（卅八年ノ調査ハ同ジク四十五歳ヲ過ギタル五十名ノ子宮癌ニ罹レル婦人ニ就キテ分娩回數平均五・八回ヲ算セシガ）若シ一般ノ分娩回數四・三五ヲ正シキモノトスレバ癌腫患者ニ於テハ著シク一回

終リニ本會ノ發會式ヲ祝シ益々盛域ニ赴カンコヲ望ムモノナリ（醫學士貴家學而筆記演者ノ訂正ヲ經タリ）

(20) 上氣道癌ニ對スル外科ノ價値

醫學博士　岡田和一郎君

上氣道トハ鼻腔ヨリ咽喉頭ニ亘ル間ヲ云フ此ノ部ハ癌ノ發生地トメハ危險ナル位置ト云フ可シ此レ食道氣道ニ亘レルノミナラズ且ツ又淋巴管ノ發育盛ニメ從ツテ再發スル事屢ナルヲ以テナリ故ニ一時ハ此ノ部ノ癌腫ニハ外科的手術ヲ行ハザルヲ可トスト考ヘラレタルモ近來制腐法及ビ手術式ノ進歩ト共ニ其ノ結果ニヨリ癌ハ治癒シ得可キ者ナリトノ事實ヲ認ムルニ至レリ昨日會頭ハ癌ハ治癒セズト述ベラレタルガ是レ多分癌ハ藥劑ノミニヨリテハ不治ナリトノ意味ナル可ク内臟癌以外ノ外科的手術ニヨリテ治癒シ得ル所ノ癌迄モ云ヒ及ボシタルニハ非ラザル可シト信ズ

上氣道癌ト云ヒテモ鼻腔上顎、其ノ他齒齦、口唇、口蓋等諸種ノ癌アリ次ニ余ハ今其ノ總テニ就テ述ブル煩雜ヲ除ケ喉頭癌腫ニ就テ一言セント欲ス

喉頭癌ニ始メテビルロート氏外科的手術ヲ行ヒタルモ不結果ニ終レリ其後數多ノ醫師ニヨリテ試ミラレタルモ何レモ其ノ結果悲觀的ナリキ而シテ當今ヨリ七八年以前迄ハ手術ノ結果惡シク約五〇%ハ手術中或ハ手術後ノ疾患（肺炎、出血、傳染等）ニヨリテ斃レ其ノ他ハ再發ニヨリテ死シ只極メテ少數ノ全治者ヲ認メタルノミナリシガ技術ノ進歩ト共ニ其ノ結果モ漸ク良クナリ統計ニ依リテ見ルニ其ノ差著明ナリシヤイエル氏ノ統計ハ西曆一千八百八十八年ニ於テ百二十五名ノ喉頭癌患者中全摘出ニヨリテ一三・五%局部摘出ニヨリテ二一・五%ノ治癒者ヲ出セルヲ報ゼリ氏ハ十六ケ月後ニ至ルモ再發ナキ者ヲ全治ト見ナシタルナリ

其後ソッセルマン氏ハ一千八百八十九年ニ於テ千八百八十一年前後ニ分チテ統計ヲ求メタルニ其

此レニ依リ各種ノ手術ニヨリ不幸死亡セルモノ、百分比率ヲ見ルニ其ノ初メニ於テハ姑息法ノミニ依レルヲ以テ死亡數ハ少ナキモ近年ハ主トシテ根治療法タル全剔出法ヲ行ヒ殊ニ腹式全剔出ハ去三十六年中ヴェルトハイム氏式ニ倣ラヒ淋巴腺剔出ヲ勵行セルニ死亡率ハ一時增加シ爲メニ此ノ術式ヲ行フヲ躊躇セシガ其ノ後ニ至リ幸ヒ死亡率ハ漸次減少シ來レリ、根治療法中膣式、腹式何レガ好成績ヲ得タルカ即チ所謂永久治療ニ關スル統計的調査ヲ報告スルノ日ニ達セザレモ余ハ子宮癌腫ニテ根治療法ノ全剔出ヲ行ヒタル後五年以上ヲ經過セルモノ約五〇例ヲ有スルガ就中幾人ノ所謂永久治癒ヲ認メ得ベキカハ後日ノ研究ニ讓ルトセン

次ニ子宮癌ノ根治療法ニ就キテ手術ノ際生死ヲ決スルハ一ニ腫瘤ノ蔓延ノ度ニ關スルモノニシテ子宮癌ノ初發徵候ガ表ハレテヨリ五乃至一〇ケ月後ニ至レバ子宮ノ周圍ニ深ク廣ク浸潤シ一度刀ヲ執リテ立ツモ手術不可能ニ終ル如キモノ少ナシトセザレドモ若シモ早期診斷ト早期治療ノ論點ニ至リテハ婦人科醫ノミナラズ外科內科學者ニテモ其ノ軏ヲ一ニセルモノナラント信ズ而シテ婦人科醫ニ於テハ早期診斷ノ爲メニ局部ノ診斷的搔爬、診斷的截除(Explorative Excision)ヲナメ鏡檢シテ癌腫タルコヲ知リテ手術ヲ決スルヲ可トス而モ內診上僅カニ指頭ニ觸知セラルヽ如キモノニアリテモ手術ニ臨メバ時既ニ遲ク輸入血管結紮ヲ以テ滿足スルノ外ナキガ如キモノアリテ實ニ悲慘ノ運命ヲ憐マザル可カラザルモノアリ、早期診斷早期治療ハ實ニ唯一ノ適法ニシテ本日列席セラレタル澁澤男爵ノ實話ニ徵シテ明白ナル事ナラン

然レモ翻テ癌腫治療法ニ關シ世界ノ研究ヲ見ルニ未ダ根治手術ノ外ニ見ル可キモノナケレモ唯今佐多博士ノ紹介セラレタルガ如ク一朝幸ヒニ癌免疫法ノ好成蹟ヲ得テ難攻不落ノ堅城ヲ陷ルヽヲ得タラン曉ニハ余等婦人科醫ハ手ニセル刀ヲ鞘ニ收メ枕ヲ高フシテ隋眠ヲ貪ルヲ得可キカト竊カニ此ノ時期ノ至ルヲ俟ツモノナリ

シモ承諾セザリシニヨリ喉頭切開ヲ行ヒタリシガ發病後一年ニテ斃レタリ

局所摘出　二名　全治　五〇・〇%

コレハ何レモ會厭軟骨ノ癌ニ咽頭切開ヲ行ヒテ摘出セシ例ニシテ其ノ一人ハ鼈下性肺炎ニテ倒レタリ然ルニ今日ノ學說ニ依レバ會厭軟骨ハ鼈下ノ際ニ食物ノ氣道ニ竄入スルヲ防グニ非ラズシテ假聲帶ガ之レヲ防グナリトノ事ナレ共呼吸ノ際ニ唾液等ガ會厭軟骨ヲ失ヒタル爲メニ氣道ニ流下シ鼈下性肺炎ヲ起セシ者ナラント考フ斯カル次第ナリシニヨリ次テ行ヒタル他ノ一人ニハ會厭軟骨摘出後喉頭ヲ咽頭ヨリ離シテ頸部ニ開孔セシメタルニ一期癒合ニヨリテ全治セリ

全摘出　二十五名　全治　三六・〇%

此ノ手術ヲ行ヒテ全治シタル者ハ九名ナリ此ノ全治ト云フハ手術後一ケ年間入院セシメテ健康トシテ十六名アリ其ノ内二名ハ死亡セリ

全治者ノ内一名ハ四年後ニ至ルモ未ダ再發セザルノミナラズ喉頭ヲ摘出セシニモ拘ハラズ善ク談話シ得ルナリ（患者及標本ヲ供覽セラル）尚ホ他ノ一人ハ伊勢ノ男ニシテ六年前ニ手術セシガ全治全治者九名ノ内三名ハ確實ニ再發ナシ他ノ者ニ就テハ不明ニシテ知ルヲ得ザルナリ

余ノ三六・〇%ノ全治者ヲ得タルハ世界ノ諸大家ノ報告ハ六・〇%多キモ十六ケ月ニテ一三・九%ニ比シテ比較的少ナカラザラン

血清療法、免疫療法或ハ豫防法ノ成就セザル今日ニ於テハ喉頭癌ノ治療ニ對シテハ外科的手術以上ヲ望ム事ヲ得ズ而シテ上述ノ如ク百六十名ノ患者中手術シ得タル者僅カニ二十九名ニシテ他ノ

レ以前ノ死亡ハ五三・六%以後ハ二四・六%ナルヲ見タリ即チ成績ハ二倍以上佳良トナリシナリ、又氏ハ以前シヤイエル氏ノ調査シタル同一ノ患者ニ於テ三年後ニ至ル迄再發ナキ者ヲ全治トスレバ全治者ハ全摘出ニヨル者ハ六・七%局所摘出ニヨル者ハ八・〇%ニ減ジタリト云ヘリ

クラウス氏ハ千八百九十年ニ於テ一百〇八人ノ患者ニ就テ一ケ年再發ナクシテ經過セル者ヲ全癒トスレバ全摘出一八・〇%局所摘出二九・〇%ノ全治者ヲ出ダシタリト云フ

ハウスベルグ氏ハ西曆一千八百八十六年百五十四名ニ就テ各術式ノ異ナルニ從ヒ全治ノ統計ノ異ナルヲ示セリ即チ

手術式	患者數	全治
喉頭内摘出	十八名	二二・二%
局所摘出	五十四名	一六・六%
喉頭切開（ジモン氏）	五十二名	一三・四%
全喉頭摘出	三十名	一・〇%

余ノ實驗ニヨリテ考フルモ手術ノ術式ガ與ツカリテ力アル事ハ事實ナリト雖モ又診斷ノ遲速ハ大ナル關係ヲ有スル者ノ如シ

余ノ八年間ニ診斷シ得タル喉頭癌ハ全數百六十人ニシテ其ノ内手術ヲ行ヒ得ル者トメ入院セシメシ者二十九名アリ他ハ診斷ヲ下シタル際已ニ手術シ得ザル迄ニ進ミタル癌腫ノミナリキ各手術式ニ就テ全治ノ統計ヲ求メタルニ左ノ如シ

喉頭内摘出	二名	全治	五〇・〇%

其ノ内一人ハ左ノ聲帶ヨリ「ポリープ」狀ニ發生セシ癌腫ニシテ手術後七八年ヲ經ル今日ニ至ル迄再發セズ他ノ一人ハ同樣ニ聲帶ヨリ生ゼシ者ナリシガ内摘出後再發シタレバ全摘出ヲ行ハントセシモ承諾セザリシニヨリ喉頭切開ヲ行ヒタリシガ發病後一年ニテ斃レタリ

ル者ナランニハ研究上甚ダ好都合ナランハナウ、モーロー、イエンゼン、ボレル及ビ殊ニエールリッヒ等ノ試驗ニ徹スルニ家鼠殊ニ甘口鼠ニ於テ最モヨク移植ノ行ハレ得ルコハ確定サレタルガ猶又甲動物ヨリ數多ノ世代ニ亘リテ移植シ癌腫ヲ發生シ又癌腫ヲ植ヘテ肉腫ヲ現シ又癌腫ニ罹リタル者ハ免疫質ヲ得ルト云フコトスラ明カトナレルガ此等ニ關シテハ前席佐多博士ノ講演ニ讓リ予ハ此所ニ蛇足ヲ添ヘズ

而シ乍ラ癌ノ移植シ得ルカ否ヤヲ問ハズ動物癌ヲ單ニ比較病理學的ニ追究スルコハ甚ダ緊要ナルコトニシテ此レガ解釋ヲ充分ニスル事ハヤガテハ癌ノ病理學ヲ知ル上ニ於テ大ナル好果ヲ得ラル可ク、動物ノ如何ナル種類ヲ侵スカ又癌發生部位ノ動物ニヨリテノ異同其意義、又癌ヲ起ス年齡、遺傳、流行ノ有無生活方法ノ影響ハ如何ナル關係ニ在ルカ、尙進デハ動物癌ノ病理解剖的變化ハ如何カ、移植シ得ルヤ否ヤ、又自然治癒ノアル者カ否ヤ發生、原因等ニ就キテハ衆議一定セズ宿題トシテ掲ゲラレタルガ尙且動物癌ニハ開拓サレザル部分甚ダ多シ而レモ泰西ニ於テハ比較的進ミ居リ癌腫ガ動物ニ來ルコハ決シテ然ク稀有ノモノナラザルコヲ知ルナリ

今日ノ所、動物ノ哺乳類中殊ニ馬、牛、豚、山羊、羊、犬、猫又家鼠又甘口鼠ニモ自然ニ癌腫ノ發生ヲ見ルガ鳥類ニテハ比較的稀少ナレモ既ニ古書中ニモ鴟鵄ニ肺癌ヲ見家鷄ノ癌モ實驗セラレ居レリ旁々近來一二ノ學者間ニ殊ニ注意サレタリ而ルニ冷血動物ニハ明カニ癌腫ト謂フ可キモノハ尙稀少ニシテ晩近ノ成書中ニハ魚類中河鱒ノ甲狀腺ニ癌アリ又鯉金魚ノ皮膚顎骨癌「ほーぼー」ノ腹腔内ニ癌腫ヲ見又河鱒ニ流行性ノ癌腫ガ發生セシノミナラズ魚類ニ肉腫サヘアリタルヲ見シ人アリト云フ

尙鯢魚ノ睾丸ニ癌性囊腫ニシテ轉移アリシモノアリタリト云ヒ又蜥蜴ノ皮膚ニ乳嘴腫ヲ實驗シタル人アルガ尙無脊椎動物等ニテモ癌ノ發見セラレタル曉ニハ比較病理學上大ナル指導ヲ與フルコ

百三十一名ハ診察ノ際已ニ最早手術シ得ザル時期ニ達セシ者ノミナリキ、而シテ手術ヲ受ケタル二十九名ノ過半數ハ再發死亡セリ故ニ喉頭癌患者ノ大多數ハ手術セラレズ或ハ手術セラルヽモ再發ニヨリテ死亡スル者ト云フ可シ故ニ手術ノ結果ハ稍ヤ佳良ナルモ之ヲ喉頭癌全體ノ數ニ比スレバ吾人其全治數ノ甚ダ僅少ナルニ驚カザルヲ得ズ是レ一面ニ於テ吾人臨床家ガ益々奮勵シテ總テノ癌ヲ可成初期ニ於テ確診セン事ヲ計ルト同時ニ他ノ一面ニ於テ病理學者細菌學者ト提携シテ其病原ヲ探知シテ原因的療法ノ一日モ速カニ實施サレン事ヲ切望スル所以トス、終リニ臨ミテ癌研究會ノ發會ヲ祝シ其ノ發達ヲ祈ル（醫學士緒方知三郎筆記演者ノ訂正ヲ經タリ）

(21) 癌腫研究ト比較病理學

醫學博士　藤浪鑑君

諸君余ハ本日癌腫研究ト比較病理學ニ對スル予ノ希望ノ一端ヲ述ベ以テ自己ノ責ヲ塞ガント欲ス

玆ニ言ハントスル比較病理學ニ於テハ動物ト植物トノ疾患ヲ研究シ此レヲ比較スルヿナルガ此學科ノ進歩ハ尚遲々タルモノナレモ尚後來發達スベキ有力ナル學科ナラント認ム其理由ハ(一)ニ動植物ノ疾病ヲ研究シテ以テ一般ニ通ズル病的現象及機能ヲ理解シ得ベク(二)ニ動物ハ如何ナル疾病ニ自然ニ罹ルカヲ知ル上ニ於テ甚ダ緊要ナル者ナレバナリ。殊ニ癌腫ニ於テハ其必要ヲ感ズルヿ著シ何トナレバ人體ニ就テノ研究ノミニテハ足ラザル所多ク(一)現今ノ方法ヲ以テシテ尚開拓シ得ベキ人體癌腫ノ臨床上、病理解剖上ノ餘地ハ漸ク縮小セントシ(二)人體材料ヲ試驗的研究ニ供シ得ル範圍ハ狹隘ナリ且ツ(三)癌腫病理ニハ暗黑ノ點多ク諸種方面ヨリ之ガ解釋ヲ求ムベキ必要殊ニ大ナルガ故ナリ泰西諸國ニ於テモ動物癌研究ニ向ヒタル傾アルハ學術界ニ大ニ喜ブ可キ所ナルガ、動物材料若シ容易ニ研究者ノ掌中ニ入ルモノニシテ而モ甲動物ヨリ乙動物ニ移植シ得

ナリ又各結節ハ何レモ全ク同一ノ組織ヨリナリ所々增生ノ旺盛ナルガ爲メニ甲組織ヨリ乙內組織ニ浸潤シ又漿液面ニ無數ノ散種及ビ內臟ニ轉移結節ガ多數アリタルヲ見レバ人類ノ腫瘍ノ病理解剖ヨリ推量シテ此ノ新生物ノ一腫瘍ナルコハ明カニシテ組織學上ヨリハ腺腫性癌ト云ヒテ可ナラント信ズ尙他ノ例ニ於テハ肉腫性ノ造構ヲ有スルモノモアリシガ兎ニ角吾等高等ナル人類ト鳥類トハ組織ニ於テモ相違ナルコト大ナレバ組織形態上ヨリ腺腫性癌腫ト云フト雖モ果シテ人ニ於ケルガ如ク此種ノ癌ハ上皮細胞ヨリナルカ否ヤハ詳知スルノ運ビニ至ラザレド、如上ノ動物腫瘍ヨリ人ノ癌腫ノ病理解剖的組織的關係及ビ原因發生ヲモ併セ探知スルコヲ得バ幸ナラン余ハ此考ニテ右家鷄癌ニ就キ多數ノ移植實驗ヲナセシガ未ダ嘗テ好結果ヲ收得セズ

余ガ最初ニ家鷄ノ癌腫ヲ實驗セルハ實ニ去ル明治三十八年初頃ナリシガ泰西諸國ニ於テハ此ノ家鷄癌腫ハ極メテ稀有ノモノトナシ而モ癌腫タルコヲ疑フモノサヘ少ナカラザルガピツク及ビ後ニコツホノ報告セル鷄口腔ノ扁平上皮癌ハ恐ク正確ナルベク又エーレンライヒ及ビミハリエス兩氏ノ家鷄癌ノ報告ハ肉眼的ニモ鏡檢的ニモ余ノ例ト全ク同一ノモノナルコヲ知リタルガ腫瘍論ノ大著者ボルスト氏スラ其ノ標本ヲ窺ヒ慥カニ癌腫ナリト謂ハレタリシト云フガエーレンライヒハ謂フ精檢セバ尙多數例ヲ得ント人余ノ例ヲ見テ癌腫ナラズト唱フル人アランモ此ノ動物癌ノ材料ヲ以テ人ノ癌ト比較研究セントスル事ニツキテハ異論ナカラント信ズ

諸君難攻不拔ノ此ノ癌腫ニ對シ吾等醫學家ハ一面ニハ獸醫學者動物學者ト手ヲ提ゲ一面ニハ局外諸賢ノ翼賛ニヨリ一致共同以テ癌軍ト戰ハザル可ラズ此時ニ際シ余ハ癌研究上比較病理學ノ益々進步センコヲ渴望シ且ツ其ノ必要ノ理由ヲ述ベタルガ又後來本會ノ彌々發達センコトヲ期待シテ止マズ（醫學士責家學而筆記、校正中演者ノ原稿ヲ得テ訂正ス）

ナラント信ズ

次ニ植物界ニモ動物界ノ如キ癌腫アリト言フト雖モ其ノ多クノモノハ增生ヲ意味シ從テ人ノ癌腫トハ比較スルコスラ能ハザルモノナリ

斯ク觀察シ來ル時ハ人類以下ノ動物ニモ癌腫發生ヲ證明シ得ラルベク從來益々進歩發達スベキ十分ノ餘地ノ存スル者ト認メラル、ガ動物學者ノミナラズ吾等醫學家モ此等下等動物ノ癌腫ニ向ヒ專心攻究ニ從事センハ目下ノ急務ナラン併シ乍ラ泰西ハ勿論我國ニ於テモ動物癌ハ深ク究メタル人ヲ聞カズ國土氣候ノ差異アルヲ以テ棲息スル動物ニ於テモ尙ホ彼我全ク同ジカラザルハ明ナル理ナルガ我ガ國ニテモ人此動物癌研究ニ從事セント企テナバ吾等醫學家ハ獸醫學者ト動物學者ト相提携シタランニハ良果ヲ得ルニ至ルヤ明カナリ

近年予ハ動物癌腫ノ材料蒐集ニ意ヲ注ギシガ吾國ニテ殊ニ多ク飼養セラレオル家鷄ニ就キテ腹腔内疾患ニ罹レルモノ約二百羽中ニ癌腫性新生物ヲ比較的多數發見セルガ一概ニ癌腫性新生物トハ謂ヘ此ノ内ニハ種々ノ腫瘍ガ包含セラレ居リテ總テ同ジ型ニ容ル、コ能ハザレド外觀上家鷄結核ニ似テオリシモ徹菌學的又病理解剖鏡檢的ノ結果ハ陰性ニシテ其ノ造構形態ハ殆ンド同一ニシテ腺腫性癌腫ト稱シテ可ナラント思ハル、モノアリ（標本供覽）

其ノ一例ノ腫瘍ハ慥カニ鷄ノ卵巢ヨリ起源セルモノト思ハレタルガ時トシテ源發竈全ク不明ニメ而モ多クハ腹腔漿液膜面ニ恰モ小結核結節ノ如キ多數ノ轉移竈アレ𪜈肝臟ニハ僅カ有リシノミナルガ卵巢ハ頗ル膨大シ居レリ、余ガ先年報告シタル動物癌ノ一例ニハ轉移ハ毫モ無カリシガ故ニ腫瘍ハ惡性ナルヤ否ヤヲ立證スルコトヲ得ザリシガ近來ノ材料四例ニ於テハ肝肺等ニ多數ノ轉移アリテ其ノ病理解剖上所見ハ人ノ癌腫ニ見ルガ如ク全ク原發竈ト同一ナリ偖此ノ腫瘍ハ果シテ何種ニ屬スベキカハ問ハズトスルモ少クトモ此ノ腫瘍ハ一定ノ造構ヲ有シ增生ノ有樣ハ多少限局性

ノ者ヲ有シ表面ハ比較的平坦ナリト雖モ皮膚及ビ其ノ下層組織ト癒着シテ多少移動シ難シ此ノ所見ニヨリテ癌ナル事ハ確實ナリシ故ニ摘出シタルニ鷄卵大ノ腫瘍ニシテ其ノ近傍ニハ腫瘍ヲ見ザリシガ神經ト癒着シ居リタル所ヲ剝離シタルニ豌豆大乃至小豆大ノ五六個ノ腫瘍ヲ發見シ且ツ又モーレンハイム氏窩ニ麻實大位ノ小結節アリタルヲ以テ皮下脂肪組織ト共ニ摘出シタリ鏡檢スルニ大腫瘍ハ尚ホ淋巴腺ノ被膜ヲ以テ包マレ其ノ直下ニ僅カニ淋巴腺ノ組織ヲ認ムルノミニシテ其ノ他ハ總テ癌腫組織ヨリ成立セリ淋巴腺原發癌ハナキモノナル故ニ以前手術ノ際ニ淋巴腺内ニ轉移シタル癌細胞ノ摘出セラレザリシモノヨリ再發セシ「スペートレチデーフ」ノ確カナル一例ナリ

（醫學士緒方知三郎筆記）

(23) 閉會ノ辭

副會頭　醫學博士　本多忠夫君

本會モ實ハ昨日一日ダケ學術集談會ヲ開キマシテソレデ閉會スル積デアリマシタ所ガ、尚ホ有益ナル御演說ガ殘ツテ居ルノデ引續キ本日尚ホ開クトイフコトニシタヤウナ次第デアリマス、此學術集談會中各位ガ有益ナル御演說ヲ下サレ且ツ多數諸君ノ御來會ニ對シ本會ヲ代表シテ深ク謝意ヲ表シマスルソレカラ終リニ臨ンデ尚ホ申述ベルノハ、本會ノ爲メニ最初カラ御盡力下サレタ山極博士ガ式場ノ整頓ニ就テ段々御盡力ヲ賜リ、且ツ助手諸君ガ會場各室ノ整備ニ就テ御盡力ヲ下サレタノハ我等ノ深ク感謝スル所デアリマス、是デ閉會イタシマス（拍手）

○癌研究會第一回評議員會

明治四十一年四月五日午前十一時半東京帝國大學山ノ上會議所ニ於テ第一回評議員會ヲ開キ四月二日發會式場ニ於テ承認ヲ經タル五月初旬獨逸伯林ニ於テ開催スル萬國癌研究會協議會ニ本會ヨ

(22) 癌ノ「スペートレチヂーフ」ニ就テ

醫學博士　本多忠夫君

癌ノ再發トハ手術後其ノ瘢痕又ハ瘢痕ノ近傍又ハ領域ノ淋巴腺ニ同型ノ癌ヲ生ズルヲ云フ之レニヨリテ局所性再發ト領域性再發トヲ區別ス而ノ再發ノ原因ハ初發癌摘出ノ際ニ近傍ニ殘サレシ肉眼的ニ認ムル事ヲ得ザリシ癌細胞ヨリ起ル者ト又其ノ當時癌ノ全ク摘出セラレタルガ初發癌ヲ發生セシト同一ナル原因ノ存在スルニヨリ其ノ局所ニ新タニ癌ヲ生ジクルモノト何レモ再發ト稱セラルヽモ後ノ場合ハ稀有ニシテ吾人ノ見ル再發ノ多クノ場合ハ手術困難ニシテ全摘出ヲ行ヒ能ハザルカ或ハ充分ニ見ル事ヲ得ザル爲メニ癌ノ一部ノ殘サレタル者ヨリ再發スル者ニシテ手術後一年乃至一年半以内ニ起ル事多シフオルクマン以來外科醫ハ摘出後三年再發セザレバ全治トナスヲ例トスレモ婦人科醫ハ五年後ニ至ルモ再發セザル者ヲ始メテ全治ト見ナシタリ然レモ手術後十年十五年永キハ二十五年以後ニ再發シタル例アリ此等凡テヲ「スペートレチヂーフ」ト云フ可ク非常ニ稀有ニシテ眞ノ再發ナルヤ將タ又新タニ癌ヲ發生セシヤヲ區別シ難シ、取リ殘サレタル癌ノ一部ノ癌細胞ガ靜止狀態ニアリテ一定年月ノ後ニ發育增殖スルハ恰モ鬚、智齒、陰毛ノ發育ニ於ケルガ如シ然レモ其ノ多數ニ於テ再發新生ヲ區別スル事困難ナルガ余ハ確カニ十六年後ニ再發シタル一例ヲ諸君ニ示サント欲ス

六十歳ノ女子母(五十五歳ノ𠀋)及ビ姉(五十八歳ノ𠀋)ハ共ニ子宮癌ニヨリテ斃レ一從弟(卅八歳ノ𠀋)ハ胃癌ノ爲メニ死亡セリト云ヒ癌ノ遺傳ヲ有ス四十五才ノ時ニ(明治廿五年)右ノ乳癌ニ罹リ當大學ニ於テスクリーバ氏ノ手術ヲ受ケ腋窩淋巴腺モ同時ニ摘出セラレ其ノ所ニ瘢痕ヲ殘シタルガ一昨年ノ暮ニ至リ十五年ヲ經テ右ノ腋窩ニ小指頭大ノ腫瘍ヲ觸レタルガ昨年ニ至リテ漸次增大スル故ニ余ノ診察ヲ求メタリ其ノ當時該腋窩ノ瘢痕ノ下ニ鷄卵大ノ腫瘍ヲ認メタリ彈力性硬度

——本多ノ癌ノ「スペートレチヂーフ」ニ就テ——

○國際癌研究協會

準備委員 v. Leyden, Czerny, Ehrlich, v. Hansemann, Orth, Waldeyer, Meyer 氏外拾名ノ連署ニテ我邦癌研究會宛國際癌研究協會規則草案ヲ添ヘ左ノ通牒書本月十三日到達セリ

拜啓去ル千九百六年 Heidelberg, Frankfurt ニ跨リ開設セラレタル國際癌研究協議會ノ決議ニ基ツキ國際協會準備委員タル余等ハ爾來癌研究ノ國際的合同ニ努メ本年五月ニ於テ國際癌研究協會ヲ設立スル事ニ決定シ茲ニ本年五月廿三日ノ土曜日ヲ以テ其創立會ヲ開催スルコヲ通牒シ併セテ開會中他ノ議事ト共ニ議決ヲ要スル協會規則草案ヲ御送附仕リ尙創立會々場日程擧行順序等ハ決定次第速カニ通牒可致候敬具

國際癌研究協會規則草案

名稱及目的

第一條 本會ハ國際癌研究協會 (Die, Internationale Vereinigung für Krebsforschung) ト稱ス其目的ハ

1. 癌ノ研究及救療機關並ニ豫防法ノ發展ヲ期シ
2. 同一樣式國際癌統計ヲ採用シ
3. 癌研究ニ關スル總ユル問題ヲ處理スベキ國際癌研究事務所ヲ設置シ
4. 國際癌研究雜誌ヲ發刊シ
5. 國際癌研究會議開設ノ準備ヲナスニ在リ

リモ代表者派遣ノ件ニ就評議ヲ遂ケタル結果在伯林兩宮量七郎君、佐藤恒丸君、秦佐八郎君ノ三氏ニ代表者トシテ參列方ヲ依賴スルコトニ決シ又青山會頭ヨリ左ノ諸氏ニ理事ヲ囑托シ長與評議員ヲ理事長ニ推シ午饗ニ移リ會談數刻午後二時散會シタリ當日ノ出席者ハ青山會頭、本多副會頭、芳賀、西山、細野、長與、栗本、山極、山根、近藤、佐藤(達)、三浦(謹)、宮島、志賀ノ各評議員ニシテ理事氏名左ノ如シ

芳賀榮次郎　細野順
岡田和一郎　川上元治郎
長與稱吉　山極勝三郎
富士川游　志賀潔

▲癌研究會會員諸君ニ謹告▼

本會會員諸君ニシテ癌業報第一年分(自第一冊至第二冊)御入用ノ方ハ左記ノ事項御承知ノ上御申込相成度此段謹告候也

一、代價　癌業報第一年分(自第一冊至第二冊)壹冊金壹圓五十錢
一、申込所　東京市本鄕區春木町貳丁目貳番地　半田屋醫籍商店

明治四十一年五月

東京市麹町區內幸町一丁目三番地胃腸病院內
癌研究會事務所

協會ニ加盟スル各國ハ可成的幹部委員會ニ壹名ノ正會員ヲ代表セシムベシ

幹部委員ノ任期ハ三年トシ再撰ハ妨ナシ名譽會員ハ幹部委員會ニ參與スルヿヲ得

第九條　幹部委員會ハ議定スベキ事項ノ集積スルニ隨ヒ會頭之ヲ召集シ少ナクモ一年一回之ヲ開ク者トス其他幹部委員五名以上ノ要求アル時ハ會頭之ヲ召集セザル可ラズ

幹部委員ハ特別會員推薦權ヲ有ス

c　專務委員　Geschäftsführender Ausschuss

第十條　專務委員ハ幹部委員中ノ會頭會計主任及理事長又支障アル時ハ其代理者ヲ以テ組織ス

第十一條　專務委員事務所ヲ伯林市ニ置ク

第十二條　專務委員ハ會務ヲ處理シ事務報告ヲ作製シ國際協會ニ關スル豫算案ヲ編成シ理事長ノ俸給ヲ決定ス專務委員會ハ必要アル毎ニ之ヲ開ク但シ少ナクモ一年一回ハ之ヲ開ク者トス

第十三條　一切ノ會務ハ專務委員長ニ於テ之ヲ裁斷シ支障アル時ハ理事長代テ之ヲ決行ス

國際癌研究協會ノ經費

第十四條　協會經費ハ加盟國正會員ノ會費及特別寄附金ヲ以テ支辨ス

癌研究協會ニ加盟スル各國ノ癌研究會本部ハ正會員一名毎二百「マルク」ノ會費ヲ支拂フベシ

會費及特別寄附金ヲ以テ本會經費全部ヲ支辨スル能ハザル時ハ獨國癌研究本部ニ於テ其不足ヲ假支辨スル者トス

會　員

第二條　會員ヲ分テ正會員、特別會員、名譽會員トス

第三條　正會員ヲ任命スル權利ハ國際協會ニ加盟スル各國均シク之ヲ享有ス
加盟各國ガ任命スベキ正會員ノ數ハ住民千萬人迄ハ貳名トシ五百萬人ヲ增ス毎ニ一名ヲ加フ其最大數ヲ五名トス
正會員ハ癌研究中央部ヲ有スル國ニ於テハ中央部之ヲ任命シ其他ニ於テハ政府之ヲ任命ス

第四條　特別會員ハ學術上ノ業績又ハ他ノ方法ニ由リ癌研索上特別ノ功勞アル者ヨリ推薦ス

第五條　名譽會員ハ癌研究上又ハ豫防上偉大ナル効績アル者ヨリ推薦ス

國際癌研究協會ノ機關

第六條　協會ノ機關ハa總會b幹部委員c專務委員トス

a　總　會　Mitgliederversammlung

第七條　總會ハ各會員ノ會同ヨリ成リ可成的國際癌研究協議會ト同時ニ開催シ少ナクモ毎三年一回之ヲ開キ協會事業ノ成績ヲ報告シ且ツ要件ノ議決ヲ經ル者トス
總會ニ於テ幹部委員及名譽會員ヲ選擧シ會計事務ヲ監査ス
總會ニ於テ決議權ヲ有スルハ幹部委員選擧ニ在テハ正會員其他ニ在テハ正會員及名譽會員トス

b　幹部委員　Vorstand

第八條　幹部委員少ナクモ十五名ノ正會員ヨリ成リ會頭會計主任及理事長各一名ヲ互撰シ且ツ會頭代理三名會計主任及理事長代理各一名ヲ互撰ス

○ヘルクスハイメル異生的表皮癌ニ就テ (Herxheimer, Gotthold, Ueber heterologe Cancroide. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol., 41 Bd., 2 H., 1907.)

普通扁平上皮ヲ有セザル原組織ノ扁平上皮癌ハ多ク認知セラレテ舊時ヨリ病理學者ノ最大興味ヲ喚起セリ而シテコノ發生ノ研究ニ入ルト共ニ遭遇スル問題ハ其異シテ化生ナルカ或ハ又迷芽(Metaplasie oder Keimversprengung?)ナルカニアリ、ヘルクスハイメル氏ハ今ヤ細心彼レノ所謂「異生的表皮癌」ヲ研究セリ、彼ノ記述セル腫瘍ハ一部ハ頗ル稀有ナルモノニ屬セリ即チ(一)膽囊ノ表皮癌、(二)胃ノ腺腫性表皮癌(Adenocancroid)即チ一部ハ圓柱細胞癌ノ型式ニ一部ハ扁平上皮癌ノ型式ニ構成セラレタル腫瘍、(三)多數ノ扁平上皮ヲ有スル肓腸ノ膠樣性圓柱細胞癌、(四)膵臟ノ腺腫性表皮癌、(五)子宮體ノ表皮癌、(六)耳下腺ノ混合腫瘍、

コレ等ハ一部興味アルモノナリト雖モ其各個詳細ナル說明ニ至リテハ予ハ再ビ茲ニ述ベザル可シ只予ハ基底細胞癌ニ關スルクロンペッヘル氏(Krompecher)提說ヲ評價スルニ當リ其ノヘルクスハイメル氏ト盡ク說ヲ同フスルニ非ザルヲ記スルニ止メントス(ツエントラールブラットニ揭載セルクロンペッヘル氏基底細胞癌ニ就テノ予ガ抄錄ヲ參照セヨ)、ヘルクスハイメル氏ノ唱道

Petersburg.—Ziegler's Beitr. Band 34. Heft. 1.)

著者ハ先ヅ眞正ノ意義ニ於ケル腫瘍（Blastome）ノ性質トシテ今日病理學者間ニ主張セラルヽ諸點ヲ記述シテ曰ク

一、腫瘍ハ動物ノ凡テノ種類ニ生ジ各動物固有ノ細胞ヨリ同種ノ動物又ハ是レト最モ近接セル種類ノ動物ニ移植スルコヲ得ルモ他ノ種類（Andere species）ニ此レヲ行フコヲ得ズ

二、腫瘍ハ一定度迄生理的作業ヲナスモ此作業ハ其有機體ニ何等ノ貢獻ヲ爲スモノニ非ズ

三、腫瘍ハ其發生地組織ノ形態ヲ多少保留スルモ尙且ツ此組織トハ異型也

四、腫瘍ノ發育ハ腫瘍組織自己ノ增殖ニ由ルモノニシテ毫モ近接セル細胞ノ化生ニ由ルモノニアラズ且ツ其增殖ハ生理的ノ場合ノ如キ模型的終局ヲ取ルコトナシ

然リ而シテ以上ノ如キ性狀ガ由ヲ來ル所以ヲ考察スルニハ二箇ノ問題ニ到達ス則

一、異型的發育能力ヲ有スル芽細胞（Keime）ノ成立如何

二、模型的終局（Typisches End）ヲ取ルコトナキ漸進的發育ハ何ニ職由スル乎

惡性腫瘍ノ發生ニ就キテハ此芽細胞（Erstes Keim）ノ發生コソ先ヅ吾人ノ解決ヲ要スル問題ニシテコハ已ニ發生セル腫瘍ノ移殖試驗ヲ以テシテハ滿足ナル解決ヲ得ル能ハズ寧ロ胎生的（Embryonal）又ハ後胎生的（Postembryonal）細胞ノ移殖ニ由ラザル可カラズトナシ今日迄諸家ノ行ヘル實驗ヲ記述シ次ニ著者自身實驗ノ結果ヲ述ベ先進學者ニ比シ更ニ好果ヲ奏シ胎生組織移殖ニヨリテ眞正腫瘍ニ近キモノヲ得テ腫瘍ノ性狀ヲ人工的ニ附與スルコヲ得タリ

試驗動物トシテハ家鼠、兎、天竺鼠ヲ用ヒ後者

スル所ハ前所載ノ興味アル腫瘍ヲ理會セントスルニ當リ幷ニ殊ニ化生學上ニ於テハ頗ル重キヲナスニ足ル、ヘルクスハイメル氏ノ所說ハ大體ニ於テ最近病理學會ニ於テルバルシユ、(Lubarsch) シュリッデ (Schridde) 及ビ其他ノ人ノ唱道セル所ト一致ス然レ𪜈氏ハコレト相關スル所ナクコノ論文ニ記載セラレタル腫瘍ノ研究ニヨリテ正ニ其ノ結論ニ達シタル也。氏ハ化生ヲ以テ最廣意義ニ於ケル胎生期排除物 (embryonal eusgeschaltetes 織 Material in weitesten Sinne des Wortes) ト解セントス。

織毛緣ヲ有スル旣ニ完成セル圓柱上皮細胞ガ扁平上皮細胞ニ變化シ之ニ次デ角化スルガ如キコトアルハ認ムルヲ得ズト雖モ圓柱細胞上皮及ビ扁平上皮ヲ有スル腫瘍ガ胎生時ニ排竄セラレタルモノニシテ同時ニ圓柱細胞生成及ビ扁平上皮生成機能ヲ有スルモノヨリ發生スト云フハ恐ラク當ランカ。予ノ見ル所ニヨレバ畸形學ノ範圍ニ於ケル研究及ビ特ニ畸形ト腫瘍トノ關係モ亦斯クノ如キ概念ニ達セシムルニ至ラン。彼ノ多クノ畸形ニ於テハ畸形發生期 (die teratogenetische Terminationsperiode) ヲ劃シ得ルト同ジク吾人又多クノ腫瘍ニ於テ「腫瘍發生期」(die "onkogenetische Terminationsperiode") ヲ劃シ得ルナル可ク庶幾クハ斯ノ如クニシテ腫瘍ノ形式的發生論ニ一大進歩ヲ來スヲ得ンカ。ヘルクスハイメル氏ノ業報茲ニ於テカ多大ノ價値アリ

(Ernst Schwalbe, Karlsruhe. 抄ヨリ醫學士多胡譯)

○ペトレウ、胎生組織ノ實驗的移植

(Dr. Med. N. N. Petrew. Privatdocent für allgemeine Chirurgie in St. Petersburg.—Ziegler's Beitr. Band 34.

然リ而シテ以上ノ如キ性狀ガ由ヲ來シ所以ノ考

シテハ著者ハ斷乎タル答案ヲ得ル能ハザリキ、何者移殖後時ヲ經タル者ニ於テハ化角、化石、變性、等ヲ見ルヿ常ナレバ也然レモ此等ノ變化モ急速ニ增大スル腫瘍ニ常ニ見ル所ナルハ世人ノ熟知スル所且ツ著者ハ未ダ分化セザル胎生組織ハ能ク此等退行變性ニ陷レル組織間ニ介シテ尙其存在ヲ保持スルヿヲ得タルヲ見タリ此胎生的細胞ト母地細胞トノ關係如何モ亦重要ナル問題ノ一タルヲ失ハズト雖モ著者ガ實驗ノ結果睾丸ニ於テハ大部分破壞セラレテ腫瘍ノ占有スル所トナリ腎ニ於テモ亦腫瘍ノ爲メニ占領セラルヽヿアリ脾ニアリテハ腫瘍ト母地組織トノ區別明確ナラザル等區々ニシテ此問題ヲ十分ニ解決スルヿ能ハザリシ、

又二三ノ例ニ於テハ轉移ノ肺、肝、腹膜等ニ生ゼルヲ見タリト雖モ果シテ眞正ノ意義ニ於ケル轉移ナルカ又ハ注射ノ際或ハ腹膜ニ漏レ或ハ血管ニ入リタルニ起因セルモノナルカハ未ダ詳カナラザリシト云フ（醫學士　小澤脩藏抄譯）

○フルステンベルヒ及ビュヒマン、腎臟ノ肉腫樣變性（新シキ腎臟腫瘍ノ一種）ニ就テ

(Dr. S. Fürstenberg, Dr. D. Büchmann, Ueber Sarcomatöse Entartung der Nieren, eine neue Form der Nierengeschwülste, Ziegler's Beitr. B. 42. H. 4.)

著者ハバンチ氏ノ二例ウェーランド氏ノ一例ノ報告ト著者ノ一例（四十五歲男）ヲ合セテ四例ハ互ニ全ク同型ノモノナリトシ、

（一）兩腎ハ共ニ平等ニ增大シ

（二）腫瘍ハ原發性ニ兩腎ヲ犯シ副腎ニモ及ビ

（三）而モ皮質ノ全部及髓質ノ一部ハ全ク平等

ニ於テ最モ好結果ヲ得タリ是レ前二者ニアリテハ姙娠ノ初期ヲ知ルコト困難ナルト家鼠ハ臟器ノ小ナル爲メ作業ニ困難ナルトニ由ルモノトセリ

試驗ノ順序ハ初期姙娠動物ニ開腹術ヲ行ヒ子宮ヲ摘出シテ此レヲ開キテ胎兒ヲ生理的食鹽水ニ移シテ乳鉢ヲ以テ粉碎シ是ヲ一—半c.c.ヲ其動物又ハ他ノ同種動物ノ腎、脾、卵巢、睾丸等ニ注射スルニ在リ此方法ニヨリテ試驗セル動物ノ數ハ凡テ八十七例此外三十六例ニ對シテ行ヘル血管內注射又ハ他種類ノ動物ニ移殖セル結果ハ陰性ニ終レリ

而シテ前記八十七例ノ過半數ニ於テ移殖試驗ハ陽性ヲ得一週間乃至三週間ノ後注射セシ臟器ニ硬キ結節ヲ生ジ一—四ケ月ニシテ「ハーゼルヌス」大トナル此レヲ鏡檢スルトキハ三胚葉ヨリ生ゼル組織ノ雜然トシテ存スルヲ見ル、外葉ヨリスルモノハ上皮細胞、毛、脂腺、神經細胞、「イログリヤ」アリ中葉ヨリスルモノハ軟骨、骨、骨髓、濾胞、平滑及橫斑筋纖維、內葉ヨリスルモノハ胃腺ニ類スルモノ等ニシテ此外囊胞、指骨、腺、マルピギー氏腎小體等アリ此間ニ在リテ注目ニ價ス可キモノハ此等分化セル組織ニ介在シテ「クロマチン」ニ富メル橢圓又ハ圓形細胞及顆粒狀基本組織ノ存在セルニ在リ此事實ハ則移殖セル胎生組織ハ分化セザル狀態ヲ以テ已ニ分化セル組織間ニ殘留シ得ル可能性アルコトヲ證明スルモノ也此レ豈ニ迷芽說ニ對シテ有力ナル論據ヲ與フルモノナラズトセンヤ且ツ夫レ胎兒ノ各臟器ガ異型ノ發育ヲ取ルハ胎兒ヲ粉碎セル以上當然ナリト雖モ組織（Gewebe）モ亦異型ノ發育ヲ取ルハ頗ル注目ス可キモノニシテ胎生組織ノ移殖ハ異型的發育增殖ヲ將來スルノ證トシテ見ル可キ也、

胎生組織ノ移殖後增殖スル期間如何ノ問題ニ對

シテハ著者ハ斷乎タル答案ヲ得ル能ハザリキ、

師）ニシテ淋巴腺、膵、脾、肝等ニ高度ノ「ヘモヂデリン」沈着ヲ見タリ此レト肝癌トノ關係ヲ說明シテ或ル不明ノ持續性ノ中毒ニ因シ血液ガ頽敗シ血色素ハ「ヘモヂデリン」トシテ諸臟器ニ沈着シ肝臟ニ於テハ此ニ對スル反應病機トシテ間質結締織增殖及代償性肝細胞增生肥大ヲ將來シコノ肝細胞ハ遂ニ癌變性ヲナシタルモノナリ

第三例、大人乃至小兒頭大ノ二個ノ「ヱヒノコックス」囊腫兼肝實質癌（四十歲、女）ニシテ肝臟ノ癌結節ハ硬度軟ニシテ急峻ニ限界セルモノ是ヲ顯微鏡下ニ照スニ細胞群ヨリ成レル胞巢ハ常ニ毛細管網ニテ圍匝セラレ居ル著者ハ本例ヲ以テ「ヱヒノコックス」囊腫ノ發育ト共ニ周圍ノ肝細胞ノ或モノハ壓迫萎縮、湮滅スルニ反シ他方ニハ代償性肥大增生アリテ此レガ癌腫ヲナス原因ナル可シトイヘリ

以上三例ニ依リ著者ハ肝臟原發癌ハ初メ肝實質ガ諸種ノ障害ニヨリ頽廢セラレ是ニ對シ再生セル肝細胞ガ癌變性ヲナスニ由ルト謂ヘリ

（醫學士　貴家學而抄錄）

○リーゼル、脈絡膜上皮腫樣腫瘍ニ就テ（脈絡膜上皮腫類似ノ轉移ヲ有スル胃癌ノ二例）　W. Riesel, Zur Frage der chorioepitheliomähnlichen Geschwülste Zwei Fälle von Magenkarcinom mit chorioepitheliomähnlicher Metastase. Ziegler's Beiträge, Bd. 42, Heft 2, 1907.）

シュラーグンハウフェルガ擧丸畸型腫內ニ於ケル脈絡膜上皮腫樣腫瘍ヲ報告シテ以來他種

ニ浸潤セラレ

(四)鏡檢的ニハ幼若肉芽組織ニ酷似スル圓形細胞肉腫像ヲ呈シ、

(五)爾他淋巴臟器ニハ何等ノ病變ナシ

トイフ所見ヨリ(primäres beiderseitiges infiltrirendes Rundzellen-Sarcom)兩腎ニ於ケル原發性、浸潤性圓形細胞肉腫ト命名シ在來ノ腎臟肉腫ノ二種即チ結節狀及瀰漫性(多數ノ人ノ考フルガ如キ)ナル者ト趣ヲ異ニシ皮質結締織間質ノ瀰蔓性肉腫樣ヲオコシソコヨリ血管系ヲ借リテ髓質ニ蔓延浸潤セル「新型ノ肉腫」トセリ且ツ其ノ發生ニ關シ皮質ノ結締織細胞ハ健態ニ在リテ紡綞狀乃至星狀ニテ幼若細胞ナレバ皮質ハ特ニ肉腫樣變性ヲナスニ適スルナリト結論セリ、

(醫學士　貴家學而抄)

○レーライン、原發性肝癌ノ三例ニ就テ (Loelein, Die Fälle von primärem Lebercarcinom. Ziegler's Beitr, 42 B. 3 H.)

第一例、一般性肝硬變ナキ肝臟小膽管上皮細胞ヨリ發生セル管狀腺腫性癌、(四十九歲ノ鐵轆轤工)鏡檢上多角形乃至圓柱狀單列細胞ヲ以テ組成セル腺腫性細胞胞巢ト幼若結締織間質トヨリ成リ心、肺、腎、副腎及諸淋巴腺ニ轉移ヲ來セル惡性ノ者ナリシガ轉移竈ニ於テハ Anaplasie ハ著シク純然タル胞巢ヲ作成シ原型ト全ク異ナリ而シテ本例ニハ肝硬變ハナキモ轆轤工ナリトイヒ且又肝絞搾溝、脊椎後彎兼側彎モアルコト、テ著者ハ此等ノ機械的刺戟ヲ以テ癌ノ原因トナセリ、

第二例、高度ノ「ヘモクロマトージス」並ニ肝硬變ニ隨伴セル肝實質細胞癌、(五十七歲、機械

第二例、五十二歳婦人生來健康ニシテ六年前迄ニ九回ノ正常分娩ヲ經過セリ一年前ヨリ著シク羸痩シ腹痛ヲ感シ右腹側ニ腫物ヲ觸ル肝臟ハ增大シテ硬ク塊狀ニシテ明カニ大ナル腫瘍ヲ有ス胃部ヲ觸ルヽニ抵抗ヲ增シ肝臟部ニ移行ス爾來六ケ月衰弱著シク昏睡ノ下ニ逝ク剖見スルニ幽門部ニ廣大ナル癌性潰瘍アリ肝臟轉移結節ヲ見ルニ出血性ノ者モ彼ノ小ナル多形性及其ノ間ニ存スル大ナル多核性細胞トノ集團無ク凝固血液内ニ寧ロ孤立シテ或ハ小ナル或ハ大ナル多核性不規則形ヲ呈スル細胞ガ存シ同樣ニ又肝毛細管内ニ進入セリ其好染狀態及ビ形貌ハ非定型的脈絡膜上皮腫ニ於ケル外胚葉性遊走細胞ニ酷似ス

約言スルニ此等肝轉移結節ハ第一例ニ於テハ脈絡膜上皮腫ノ定型的ノ者第二例ニアリテハ非定型的ノ者ニ酷似シ甚ダ誤解ヲ來シ易キモノナリ

然レモ既往症ニ脈絡膜上皮腫ヲ想フベキ者無ク解剖的變化モ生殖器ニ異常ヲ示サズ「エクトーピツシユ」ノ者ト見ンカ子宮粘膜ノ脫落膜樣變性ヲ欠キ又卵巢ニハ黃體アリピツクノ所謂脈絡膜上皮樣ニ發生セル畸型腫ト見ンカ兩側共卵巢ニ異常無ク腫瘍結節内ニハ脈絡膜上皮樣像ノ外カ癌腫細胞ヲ見ルノミニシテ他ノ組織成分ヲ缺如スル且ツ位置ヨリスルモ胃癌轉移結節トスルヲ最モ妥當トス、

又精細ニ第一例ヲ定型的脈絡膜上皮腫ニ比較檢査スルニハ本例ニアリテハ其小ナル多形性細胞ハ基底部細胞ノ增殖セル者ヨリハ大ニシテ「プロトプラスマ」ハ空胞狀ナラズ同質ニシテ「グリコーゲン」ノ大塊ヲ有スルノ觀無ク又其間ニ介在スル大ナル多核性細胞モ彼レノ定型的ノ者ニ於ケルヨリモ少數ニシテ且ツ形態モ如カク

組織成分ノ存在ガ其畸型性ヲ證明シ出血性ニシテ其中ニ脈絡膜基底部細胞及「ジンチ、ウム」細胞ノ增殖ニ比スベキ二種ノ像ノ存在ヲ以テ特徴トストハ已ニ一般ニ認メラル、所ナリ而レドモ他種組織成分ガ存在セズ畸型性ヲ嚴正ニ證明スルニ足ラザル者ニアリテハ稍考慮ヲ要ス一派ノ士ハ唯腫瘍內ノ「ジンチ、ウム」細胞類似ノ像ヲ以テ直チニ畸型脈絡膜上皮腫トナセドモ近來ニ至リ癌腫又ハ內被細胞腫ニアリテモ亦極メテ類似ノ觀ヲ呈シ得ル場合アルヲ證セラレ脈絡膜上皮腫ナル診斷ヲ下サンニハ多大ナル注意ヲ要スルコトナレリトテ適切ナル自家實驗ノ二例ヲ報告シテ警戒セリ

第一例、四十歲婦人生來健康ナリシモ二ケ月前ヨリ嘔吐胃痛アリ心窩部ニ觸ル、不明ノ腫瘍ハ漸次淺部ニ突出シ來リ已ニ胃ニ屬スル者ナルヲ疑ハシメズ爾後漸次增大シ第五ケ月ニ

逝ク剖見スルニ幽門部ニ膠樣癌アリ肝臟轉移結節中出血性ヲ帶ブル者ニ在ヲハ腫瘍細胞群ハ大小ノ血液腔ニヨリテ分タレ腫瘍細胞自己ハ小ナル多形性單核分割像ヲ呈シ脈絡膜基底部細胞ニ比スベキ者及其間ニ位シ大ニノ多核性或ハ長形或ハ分枝性ヲ呈シ或ハ大ナル空胞ヲ有スル像トヨリ成ル而ノ此「ジンチ、ウム」細胞增殖ニ比スベキ像ハ或ハ小ナル細胞群ト血液腔トノ間ニ存シテ之ヲ境堺セリ「ジンチ、ウム」樣像ノ空胞或ハ小細胞間腔ニハ血液細胞ノ充塡セルヲ見ル間質及血管ハ之ヲ缺ク脈絡膜上皮腫結節ト同樣ニ殆ンド凝血樣物質ヨリ成ル大ナル結節ノ周邊部ニ於テハ外胚葉性遊走細胞ニ類スル大ナル上皮樣細胞ハ毛細管內ニ進入シテ慢延セリ腫瘍竈周圍ニ於ケル門靜脈枝ハ二樣ノ細胞ヲ有スル腫瘍物質ノ爲メニ破壞進入セラル子宮及附屬器ニ異常ナシ

Dr. med. Beckhaus. Virchows Archiv Bd. 190. Heft 2.)

著者ハ子宮出血ニ患ミシ四十三歳ノ婦人ニ就テ、恰モ姙娠五ケ月ニ於ケルガ如キ大サヲ有スル筋腫樣子宮ノ血管內殊ニ靜脈管內ニ血管內被細胞腫ノ瀰蔓シ、且ツ喇叭管壁ニモ及ボセル一例ヲ示セリ、該子宮ハ同時ニ胡桃大乃至「レンス」大ノ筋腫結節三個ヲ有セリ。

氏ハ血管內被細胞腫ハ其ノ單中心性發育ナルヤ、或ハ多中心性發育ナルヤハ定メ難キモ靜脈ニ初發シ其ノ內腔ニ從ヒテ靜脈管ニ蔓延シ、又其ノ一部分ハ血流ニ逆行シテ毛細管ヲ經テ動脈ニ及ボセシナル可ク、而ノ筋腫樣子宮內ニ內被細胞腫ノ續發セシニハ非ズシテ、筋腫樣子宮ト共ニ胎生時成形不全ニ原因スル者ナラムト論ゼリ。氏ノ內被細胞腫トナセシ者ハ何レモ胞巢狀造構ヲ有シ、間質トノ境界明瞭ニシテ、其ノ境界ニ屢々內被細胞ノ一列ニ配列スル處アリ其ノ內容ノ緊縮シ間隙ヲ認ムル所アリ、內容ノ造構一樣ナラズ、或ル胞巢內ニハ無數ノ毛細血管アリ、其ノ間ハ同心性ニ密在セル紡錘狀細胞ヲ以テ塞ザサレ此等小血管內ニハ血球ヲ容レタル者アリ、又他ノ胞巢ニ在リテハ全テ紡錘狀細胞ノミヨリナリ血腔ヲ認メザルアリ、或ハ紡錘狀細胞ト共ニ大ナル胞狀核及ビ屢々小核ヲモ認メ得ル鮮明ナル卵圓形乃至圓形ノ細胞ヲ容ル、者アリ、又此ノ圓形細胞ノミヨリナル者モアリ。氏ハ此ノ所見ニヨリテ靜脈內ニ腫瘍細胞ノ蔓延セシ者ニシテ、圓形細胞ハ一見癌細胞ノ如シト雖モ內被細胞ノ其ノ發育ニ充分ナル空間ヲ得タル爲メニ細胞初原ノ形狀ニ復歸シタル者ニシテ、紡錘狀細胞ト共ニ血腔ヲ圍ム性質ヲ有スルニヨリ內被細胞タル事疑ヒナシト云ヘリ。

（緒方知三郎抄）

多樣形ナラズ其「プロトプラスマ」ハ脂肪滴ニ因スルテフ小空胞ヲ示サズ

第二例ヲ非定型的脈絡膜上皮腫ニ比センカ小ニシテ尙出血性ナラザル結節ニ於テモ其細胞ハ著明ナル癌腫性增殖ノ徵ヲ呈シ出血性竈ト雖モ其稍大ナルト不規則形ナルトノ外カ大差ナシ大ナル「ジンチ、ウム」細胞樣像ノ癌腫ニモ形成セラル、コハマルシヤン、ステルンベルヒ、シユマウス其他ノ主張スル所タリ

其發生ニ關シテハ或ハ血管內被細胞ヨリ變セル血管成形性體ナリトシ或ハ癌細胞ノ退行性變性像ナリトシ或ハ其「プロトプラスマ」分體ガ核分剖ニ伴ハザル進行性像ナリトシ一定スル所無シ然レドモ著者ハ殊ニ第一例ニ於テハ小細胞多數ノ核分剖像ヲ呈スル者アリ之レト「ジンチ、ウム」樣細胞トノ中間體ヲ認メテ以テ腫瘍ノ尙小ナル間ハ營養攝取ニ好都合ナル肝組織內ニ於テ癌性上皮細胞ヨリ激烈ナル增殖現象トシテ直接分剖ニヨリテ生ゼル者又所々殊ニ第二例腫瘍結節內孤在性ノ者ニアリテハ凝固血液ノ障碍ニヨリテ起レル血行不充分ノ爲メノ退行性變性像ト見做スベシトナセリ

著者ハ又最後ニ著者等ガ以テ「エクトーピツシユ」ノ脈絡膜上皮腫ト斷ゼント欲スル例ノ實驗者ロストホルン自身ガ之レヲ內被細胞腫ト診斷セルヲ駁論セリ　（須藤義一抄）

○ベックハウス、汎發性筋腫樣子宮ノ擴張セル血管ニ瀰蔓セル血管內被細胞腫ノ一例

(Eine Blutgefässendotheliom mit Ausbreitung in den erweiterten Gefässen eines diffus myomatösen Uterus, von

考ヘザル可カラズ

(四)肺扁平表皮癌ハ必ズシモ迷芽ノミニヨリテ生ズル者ニアラズト結論セリ。

抄錄者曰ク著者ノ掲ゲタル四例ハ一歳五ケ月、一歳、二歳、十一ケ月、ニテ何レモ二歳未滿ノ小兒ナリシ事實ハ注意ス可キ點テル可キカ。

(緒方知三郎抄)

○ダウス、轉移性皮膚癌ニ就テ

(Ueber secundären Hautkrebs von Dr. S. Daus. Virchows Archiv Bd. 190. Heft 2.)

著者ハ内臟癌ニ際シテ皮膚ニ轉移ヲ起ス事極メテ稀有ナルモ乳癌ノ際ニ來ル者ハ稍多キヲ統計ニ就テ論ジ、七十七歳ノ婦人ノ胃纖維癌ノ肝、膵、左卵巢、膀胱、直腸、淋巴腺(腸間膜、腹膜後、頸部)ニ轉移ヲ起セシ一例、及ビ追加トシテ同ジク胃癌ニ患メル四十八歳ノ婦人ノ皮膚ニ前腋下線上ニ肋骨弓ニ一致シテ左右相對的ニ桃仁大ノ轉移ヲ生ゼシ一例ヲ報告セリ、前例ニ於ケル皮膚轉移ハ蔓延性ニシテ頸部、前胸部、腹部、兩肩胛骨及ビ上腿ノ前内側部ニ渡リ無數ノ粟粒乃至胡桃大ノ下層組織トハ移動シ得ル結節ヲ生ゼシト云フ。此ノ皮膚轉移ノ發生ニ就テ氏ハ先ヅ腹部ノミナラズ胸部、頸部ノ淋巴腺ニ癌轉移ヲ生ゼシ爲メ其レヨリ末梢ニ位スル淋巴管鬱積ヲ惹起シ、淋巴液内ノ癌細胞ハフォン、レックリングハウゼン氏ノ所謂逆行性運搬(retrograder Tranoport.)ニ依リテ淋巴腺ヲ通ジテ皮膚ニ到着シ轉移結節ヲ生ゼシナラムトナシ、又該局部ノ皮膚ニハ癌轉移ヲ起サシムル爲メニ或ル誘因ノ存在ヲ認メズ、其ノ發生ニハ一定ノ定則ナ

○イビ、マッケンヂー、氣管枝肺炎ニ於ケル上皮細胞化生

(Epithelmetaplasie bei Bronchopneumonie, von Ivy Makenzie, M. B. Virchows Archiv Bd. 190. Heft 2)

氏ハ四十三例ノ氣管枝肺炎ヲ檢シタルニ、其ノ內四例ニ氣管枝ノ單層紡綞狀上皮細胞ハ化角、角性硝子樣質生成ヲ現セル重層扁平細胞ニ變化セル所アルヲ認メ、且ツ其ノ何レモ中度ノ炎症ヲ呈セル氣管枝ニシテ、其ノ壁成分ハ增殖ヲ現ハシ、表皮細胞最下層ニハ多數ノ核分剖像、外層ニハ新生結締組織細胞及ビ强度ノ充血ヲ呈セル無數ノ血液ヲ認メタリ○氏ハ此ノ所見ニヨリテ論ジテ曰ク、炎症ニ依レル組織障害ニ基因スル化生ニシテ、組織殊ニ粘膜ノ再生機能旺盛ナル時ニ、刺戟(氣管枝內腔ニ容レタル滲出物ノ刺戟作用)及ビ粘液ノ壞類ヲ防ガン爲メニ扁平細胞ヲ發生セシモノナル可ク、生理的ニ外來刺戟ヲ受クル部分、例ヘバ皮膚、口唇、食道等ニ在リテハ扁平細胞ヲ有セルヲ見テモ其ノ理瞭然タリ而シテ氣管枝肺炎ノ治癒スル時ニハ其ノ刺戟ノ減退ト共ニ扁平細胞ハ消滅シ去ル事アランモ、依然トシテ存在スル者モアル可ク此ノ者ヨリ肺扁平表皮癌ヲ發スル事アル可シ、又吾人ガ腸管ヨリモ肺臟ニ屢々扁平表皮癌ヲ認ムル事實ハ尙ホ其ノ原因トシテ氣管枝及ビ食道粘膜ノ密接ナル發育學的關係ヲモ考ヘザル可カラズトナシ○

(一)本例ハ眞正化性ナリ

(二)ジュモンド氏ノ示セル如ク只慢性炎症ノミナラズ肺ニ於ケル急性炎症ハ化生ヲ起セリ

(三)肺扁平表皮癌ノ發生ヲ論ズルニハ斯カル化生ニヨリテ生ゼル扁平表皮細胞ノ存在ヲ

スヲ得レバナリト　次ニ本腫瘍ノ肉眼所見ヲ概論シ更ニ顯微鏡的所見ヲ陳ベテ腫瘍ノ周圍部ハ一般ニ發育初期ニアルモ中央部ハ遙ニ進ミタル發育程度ニアリ即チ前者ニ於テハ細胞ノ增殖狀況顯著ナルモ後者ニ於テハ此現象ノ少キノミナラス同時ニ退行現象アリ而テ腫瘍周圍部ニ於テ中央ニ孔腔ヲ有スル腫瘍細胞索アリ周圍ノ結締組織トハ親密ナル關係ヲ有シ結締織中ニ分枝連絡シ網狀ヲナス而テ漸次僅ニ變化シタル淋巴罅裂ト直接ニ連續ス而テ中央部ニ至ルニ從ヒ腫瘍細胞ハ著シキ變化ヲ受ケ種々ノ外觀及造構ヲ呈スルニ至リ一見腫瘍細胞ノ數多根元ヲ有スルカヲ疑ハシム

其他新生セル細胞ハ變化シ不正型ヲ取リ肉腫狀、腺腫狀或ハ腺腫性癌腫狀ノ構造ヲ呈スル所アリ

肉腫狀ノ外觀ヲ有スルモノハ腫瘍細胞增生甚タ盛ナル部分ニシテ間質トシテハ結締織纖維ヨリナル多クハ紡錘狀細胞肉腫ノ狀ヲ呈シ其他纖維性肉腫又ハ叢狀肉腫ノ構造ヲ呈スル者モアリ而テ此場合內被細胞腫ト肉腫トノ區別甚タ困難ナルモ精細ニ研究スレハ內被細胞ノ單純ナル形態的變化ヨリ複雜ナル肉腫樣形成ニ誘導セラル、連續移行ノ狀態ヲ見ルヲ得ベシ

次ニ上皮樣ノ性質ヲ有シ腺腫狀又ハ腺腫性癌腫狀ノ構造ヲ有スル部分ハ之ヲ仔細ニ檢スレハ一方ニハ一、腺腫性トシテ見ラル、小管ノ基膜ヲ存セサル㈠、二、間質結締織密接ノ關係ヲ有シ三、蛋白質中ニ長徑ニ沿フ線條ナク、四、腫瘍細胞ノ小葉性排列ナク、五、連續切片ニ於テ小管ト增殖セル內被細胞元質ヲ以テ充タサレタル淋巴腔トノ間ニ組織的連接アルコト他方ニテハ、一、唾腺ノ葉並ニ小葉內ニ於ケル增殖ノ痕跡ナク却テ腫瘍ノ壓迫ニ由リ多少瘦削シ且小細胞ノ

キ者ノ如シト論ゼリ○

終ニ臨ミ已ニ報告セラレタル凡テノ皮膚轉移癌三十九例(氏ノ二例モ含ム)ヲ擧ゲ、其ノ殆ンド半數ハ消化管ニ、五分ノ一ハ女子生殖器ニ、六分ノ一ハ肺ニ其ノ初發癌ノ存ゼルヲ示セリ即チ

(イ)咽頭二例、食道二例、胃八例、大腸(直腸)五例、膵臟一例、

(ロ)肋膜一例、肺七例、

(ハ)前縱隔腔二例、鼠蹊腺(?)一例、腹膜後腺(ヲルト氏ノ所謂內被細胞癌)一例、

(ニ)副腎一例、

(ホ)子宮四例、卵巢四例、

ナリト云フ○

(緒方知三郎抄)

○マルチニー、唾腺ノ內被細胞性混合腫瘍ニ就テ (Dr Enrico Martini. Ueber Mischtumoren endothelialen Ursprungs der Speicheldrüsen V. A. Bd. 189. 1907.)

著者ハ唾腺混合腫瘍ノ五例及ビ肉腫ノ一例ニ就キ其病歷肉眼的並ニ顯微鏡的所見ヲ詳細ニ記載シ前者ヲ內被細胞腫トシ此腫瘍ノ發育症候臨床的診斷豫後及ビ療法ニ就テ論ジ此腫瘍ハ經過甚ダ緩慢ニシテ且被膜ニ由リテ全部被ハル、ヲ常トスルヲ以テ外科的手術容易ナリトシ局所ノ再發ハ比較的稀ニシテ著者ノ四例ニ於テハ之ヲ見ザリシモ其一例ニ於テハ手術後六年ヲ經テ局所再發ヲ起コシタリ而メ著者ハ之ヲ初メノ手術ニ際シ殘留セル腫瘍ノ一部ニ非ズシテ長時潛伏セル第二ノ原發性腫瘍ニ外ナラズト論ゼリ而テ內被細胞腫ナル名稱ハ腫瘍ノ本態ヲ示スニハ可ナルモ臨床的名稱トシテハ唾腺ノ內被細胞性混合腫瘍トスルヲ適當ナリトセリ即チ之ニ由リテ腫瘍ノ本態ト臨床的經過幷ニ其複雜ナル構造ヲ示

（醫學士　丸山忠治抄）

ト

○以下（A. B. C. D. E.）ノ五件ハ一千九百七年九月ドレスデンニ開會ノ獨乙病理學會記事（C. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie Bd. XVIII. No. 20）ヨリ抜抄セル者ナリ

（醫學士　中村舒）

(A) ボルマン、癌腫變性セル淋巴腺ガ穿入セル爲メノ消化管內ノ原發或ハ移植癌ノ誤解

(Bormann-Braunschweig: Vortäuschung primärer oder implantierter Carcinome im Digestionstractus infolge Einbruches carcinomatöser Drüsen.)

著者曰ク、腸管ニ多數ノ癌腫ヲ見ル時ニハ先ヅ原發多發性ナルカ或ハ唯一腫瘍ノ轉移形成ナルカヲ區別セザル可ラズト、而メ後者ノ場合ニ於テ世人ハ移植多ク、淋巴道又ハ血行ニヨリテ轉移性結節ヲ生ジ其ノ腸管腔ヘ續發的ニ鑿入スルコハ少シト信ズレ𪜈著者之レヲ否定シ其斷定ニ種々ノ目標ヲ與ヘタリ即チ各腫瘍組織的檢査、大サノ比較、間隔ノ大小、（甚ダ遠隔セルモノハ移植又ハ淋巴行轉移ト考ヘ能ハズ）肉眼的外見（粘膜下ニ位スル時ニハ移植ハ在リ得ベカラズ）腸管外ニ位スル癌腫變性セル淋巴腺凝塊トノ連續的關係ノ有無等ナリ然レ𪜈著者モ之レヲ以テ缺點ナシトセズ即チ腸粘膜癌ハ比較的小ナルニ既ニ腸管後淋巴腺中ヘ連續的ニ進ミ茲ニ却テ大ナル凝塊ヲ作ルコアリ又反對ニ癌腫變性セル淋巴腺凝塊ノ粘膜內ヘ成長シ原發癌ノ觀ヲ呈スルコアリテ兩者全ク同ジ像ヲ呈シ區別シ難シトス爲シ

（一）一患者ノ固有ノ位置ニ二ケノ食道癌ヲ有シ、腸壁ニ十四ノ小ナル轉移アル例ニシテ中

浸潤ヲ伴ヒ　二、腺ト腫瘍組織トノ間ニハ結締織ヨリ成レル隔膜アリテ之ヲ隔ツ此隔膜ハ腫瘍被膜ノ一部ヲ成シ　三、新生物中其腺組織ノ基元ヲ想像シ得ヘキ小葉性造構ナキニヨリ本腫瘍ノ上皮性ナラスシテ内被性原因ニ由ルヿヲ知ルニ足ル

又著者ノ例ニテハ血管ノ外被並ニ細胞モ増殖シ居ル處アリ是レ種々ノ内被細胞ハ發生上相互ニ關係ヲ有シオリ病的變化ニ於テモ親密ナル關係ヲ失ハス爲メニ刺戟及ヒ機能ノ相互的交換行ハレ他ノ系統ノ内被細胞ノ増殖ヲ招クニ至レハナリ

次ニ間質ト實質トノ關係ヲ觀察シ

一、腫瘍ノ幼若部ニ於テ纖維性結締織老衰部ニ於テ粘液幷ニ軟骨性組織ノ存在ハ纖維性基質ノ化生機能ニ由リテ種々ノ結締織ヲ生スルモノニシテ迷芽セル胚種等ノ増殖機能ニ由ル者ニ非ズ

二、腫瘍細胞ノ種々増殖期ト其急速又ハ緩慢ナル生長ト共ニ細胞ト基質トハ發育序列及ヒ形態上ニ於テ或ル關係ヲ有スルモノナリ

三、結締織基質盛ニ發育シ軟骨物質ニ化生スレバ腫瘍ハ良性ナリ

四、一般ニ實質性組織ガ既ニ退化的現象ヲ呈スル腫瘍ノ中央部ニ於テ主トシテ結締織ノ化生ヲ見ルヿハ此化生ハ退行的現象ト見ザルベカラズ其他退行期ニ於テ實質性元質幷ニ結締織性元質ハ一樣ニ硝子樣變性ヲナスノミナラズ生活機能尚充分ナル元質間ニモ此變性アリ

而テ唾腺ノ内被混合腫瘍ニ於テ此硝子樣變性ノ由來ハ兎モ角之ニ由リテ本腫瘍ガ特殊ノ性狀ヲ有スルヿヲ知ルニ足リ且此場合細胞元質ノ種々ナル形狀ト種々ナル構造トヲ見レバ此腫瘍ガ全ク特殊ノ部類ニ屬スベキモノトスルヲ正當トス

bildung des Darmes) ト指名シ、疑モナク迷芽腔臓ノ基礎ヨリ發生セルモノニシテ小腸ノ腺筋腫ニ屬スルモノニシテ分化セザル形像ヲ呈スルモノトセリ

(C)テルプ、腹腔内移殖癌ノ知識ニ就テ (Tilp-Strassburg: Zur Kenntnis der Implantationscarcinome im Abdomen.)

子宮及卵巢ノ轉移癌ハ病理學者及外科醫ノ經驗ニ從テ甚ダ少キガ如ク、腹膜轉移ノ腹部臓器内ヘ深ク穿孔スルコハ注意スベキ事柄ナリトシ次例ヲ報告セリ

七十歳ノ婦人膽石病、强度ノ黄疸ヲ有スル膽嚢炎及膽嚢癌發生ノ診斷ニテ至リ、之レヲ看ルニ大ナル膽嚢腫瘍アリ肝臓ニ及ビ膽嚢ハ結石ヲ以テ充滿シ、肝臓内、腹膜上及局所淋巴腺内ニ轉移アリドウグラス氏窩ヨリ腹膜ノ癌腫後膣穹窿中ニ破レ其處ニ恰モ新生セル如キ潰瘍ヲ生ジ子宮口唇及直腸前壁モ侵蝕セラル又其レト無關係ニ他ノ腹膜轉移ガ膀胱子宮窩ヨリ全子宮體部ヲ侵シ子宮腔内迄進入セリ、S字狀部及盲腸部ニ於テモ此ノ新生物腹膜腔内ヘ、右側卵巢ニ於テハ門部迄穿入セリ、顯微鏡的所見ハ原發竈及轉移ヨリ得タル切片皆一致セリ

斯ル事實アルガ故ニ能ク之レニ鑑ミ誤リタル手術ヲ避クベシト警告セリ

(D)チーレル、色素性母斑ノ人工的發生 (Zieler-Breslau: Experimentelle Erzeugung von Naevi pigmentosi.)

色素性乾皮症ノ一例ニ於テ「レントゲン」光線ヲ使用セルニ此ノ疾病ノ經過中ニ自然ニ發生スルモノト同樣ノ色素斑ヲ人工的ニ形成セリ檢鏡

央ノモノヲ原發トシ食道ノ他ノモノハ癌腫變性セル淋巴腺ノ穿入ニシテ腸壁ニ在ルモノハ血行ニヨルモノトセリ

(二)原發乳癌ノ各臟ニ轉移アル例ニシテ皆血行ニヨルモノトセリ

(三)原發甲狀腺癌ノ食道轉移ヲ有スル例ニシテ淋巴行ニヨルモノトシ、

(四)十二指腸ニ潰瘍セル癌腫アリ其ノ後ニ在ル癌腫變性セル淋巴腺凝塊ト連絡スルモノニシテ之レヲ胡桃大ノ右側睾丸癌ノ轉移淋巴腺ノ腸ニ破レタルモノトセリ

以上四例ニ就キテ血行又ハ淋巴行ニヨル轉移結節ノ潰瘍シ又癌腫變性セル淋巴腺ノ消化管腔中ヘ穿入スレバ原發癌又ハ移植癌ト誤診スルコアリト警戒シ要スルニ腸管ノ移植癌ハ甚ダ稀有ニシテ恐ラク皆無ナラント結論セリ

(B) オーベルンドルフェル、小ナル小腸癌 (Oberndorfer- München : Die kleinen Dünndarmcarcinome.)

著者ハ此ノ固有ノ腫瘍ニ就テ以前爲セル二觀察ト併セテ六例ニ就テ記載シテ曰ク、

小腸ニ於テ屢多發性ニ現ハル、粟粒大乃至半豌豆大ノ小結節ヲ見ン、之ハ規則正シク腸間膜附着部ニ對シテ位シ偶然發見セラレ粘膜下筋腫、脂肪腫又ハ腫脹セル濾胞ト誤解セラルレモ顯微鏡的檢索ヲ遂グレバ組織的ニ癌樣造構ヲ有スル腫瘍ナルコヲ知ル多クハ單純性癌ノ型式ナレモ腺腫性癌ニ移行スルモノモアリ腫瘍ノ位置ハ粘膜下ナレモ粘膜筋ヲ破リ粘膜層ニ及ビ之レヲ置換スルコアリ然レモ筋層ハ侵害セラレズ其ノ間質ハ著シク細胞ニ乏シク纖維ニ富ミ多量ノ筋樣分子ノ混在アリ。著者ハ此ノ腫瘍ヲ眞正ノ癌ト思惟セズ腸ノ癌腫樣畸形 (Cacinoide Miss-

經節ノ皮膚區域内ニ蔓延セリ。此時癌發生部ニ當レル神經節ニ於テノミ炎性變化見ハレ、蔓延部ニ當レル神經節ハ曾テ報告セシ如キ變性ヲ示シタリ。

第一例ハ七十一歳婦人ニテ、顔面左側ニ癌始マリ、是レ右側ニ迄蔓延セリ。是際右ガッセル氏神經節ニハ其細胞ニ變性ヲ見ハスノミナルモ、左同神經節ニテハ此變性ノ外ニ又炎性細胞浸潤アリテ神經節ハ厚キ被膜ニテ圍繞セラレタリ。

第二例ハ五十二歳男子。左第拾壹胸髓神經ノ側枝ノ皮膚分布ニ當ル所ニ皮膚癌發生シ、是レ主ニ背方ニ進ミ又輕ク前方ニモ向ヘリ。後更ニ左側大腿ノ上部ニ癌ヲ生ジ、是レ下腹部ヲ横切リテ反對側ノ大腿上部ニ達セリ。又左胸側ノ上部、左腋窩腺兩側鼠蹊腺ニモ癌ヲ生ゼリ。

此第二例ニ於テ左第九、第十、第十二胸髓後根神經節ハ健全ナルモ、第十一胸髓及第一腰髓後根神經節ニ炎性變化アリ。右側ノ神經節ニハ炎性變化無シ。

斯ク癌腫起始部ニ相當スル脊髓後根神經節ニ於ケル炎性變化ハ恐ク亦タ疼痛ノ一原因タル可シ。斯ル變化ノ意義ニ關シテハ未ダ確答ヲナシ得ズト雖モ、其事實ハ亦タ注意ヲ惹クニ足ル。

（藤浪）

○ベインブリッヂ、癌腫ニ於ケル「トリプシン」ノ豫報 (W. S. Bainbridge, Trypsin in Cancer: A preliminary statement. British med. Journal No 2409 p. 486. March 1907.)

癌ニ對スル「トリプシン」ノ効力ニ就テハ贊實ノ研究ヲ要シ、誇張若クハ輕卒ノ判斷ヲ避ク可キナリ。殊ニモルトン氏（Morton）ノ報告ガ世

ル症狀ヲ呈セザリシハ大ニ注目ヲ値スルモノニシテ之レ血管ノ非常ニ開張シ此ノ障碍アルニ拘ラズ血液循環行ハレタル爲メナリト說明セリ

○チートル、皮膚癌腫ノ例ニテ脊髓後根神經節ニ於ケル炎性變化 (G. Lenthal Cheatle Inflammatory changes in posterior spinal root ganaglia in cases of cutaneous cancer. British med. Journal. No 2427. p. 140. July 1907.)

皮膚ニ於ケル癌ノ蔓延ガ部位ニ相當スル脊髓後根神經節中ノ變性（デゼネレーション）ト相伴フコトハ、著者ガ曾テ千九百三年指示セシ所ナリ○サレド未ダ炎性變化ニ就テ述ブル所アラザリシ○

本論記載ノ二例ニ於テ一ノ脊髓後根神經節ニ相當スル皮膚區域ニ皮膚癌發生シ、是レ隣接神

セルニ色素性母斑ト其ノ發生ヲ同フスト

（中村舒抄）

(E)オーベルン、ドルフェル、腎靜脈ニ鑿入シ大靜脈ニヨリテ右心內迄續ケル腎臟ノグラウヴツツ氏腫瘍ノ「デモンストラチオン」(Oberndorfer-München: Demonstration einer Grawitz'schen Tumors der Niere mit Einbruch in Venarenalis und Fortsetzung durch Vena cava in's rechte Herz.)

腫瘍血栓ノ廣大ナル擴リヲ示セルモノニシテ右心房ヨリ右心室內迄連續シ其レヨリ更ニ拇指大ノ索條肺動脈內ニ及ビテ之レヲ充滿シ爲メニ肺動脈辨閉塞シ得ズ、然ルニ生前腫瘍ハ何等重ナ

シタル論文)、廣ク癌腫ノ治癒ヲ世ニ傳フルニ至レリ。斯ノ如キハ實ニ大早計ト謂ハザル可カラズ。(藤浪)

○フォルジット、人類ノ「パラチレオイデヤ」及ビ副甲狀腺ニ就テノ所見　(Forsyth, D., Observations on the parathyroids and accessory thyroids in man Brit. med. journ., 16. Febr. 1907, S. 372.)

人類ノ「パラチレオイデヤ」及ビ副甲狀腺ニ就テ從來報告セラレタル所ハ略六十ノ死屍ニ就テ研究セラレタル所ニ係ル、著者ハ又七十有餘種ノ動物種屬ニ就テコレヲ研究セリ、コノ研究タルヤ嚴密ヲ極メタル者ニシテ苟モ疑ヲ挾ム可キ頸部ノ物體ハ盡ク採テ以テ鏡檢ニ供セラレ甲狀腺ハ常ニ厚サ二—三密迷ノ切片トナシ「ルーペー」ヲ以テ檢ゼラル、等、カクノ如クニシテ甲狀腺ノ附近ニ存在セル「パラチレオイデヤ」ハ一トメ看過セラレザル丁ヲ期セリ只常ニ食道ト咽喉トノ移行部ノ後口ニ存在スト稱セラル、彼ノウエルシユ氏(Welsh)ノ所謂 Parathyreoidea Posterior superior ハ顧ラル、所ナカリキ。

此ノ臟器ハ其數ニ於テ甚ダシク差異アリキ即其研究例ノ半數ニ近キ例ニ於テハ一側ニ一個ヲ存シ四分ノ一例ニ於テハ二個、僅少ノ例ニ於テハ三個、各二例ニ於テハ四及ビ五個、一例ニアリテハ六個ヲ存シ而シテ數例ハ實ニ一物ヲモ存セザリキ、其存在部モ亦甚シク差異アリキ即稀ニ相對的ナルモノアリシモ三分ノ一強ノ多數例ニ於テハ甲狀腺ノ側ニアリ即甲狀腺ノ後緣ニ或ハ後緣ニ近ク下甲狀腺動脈ノ下部ニアリテ實ニ甲狀腺ノ下及中三分一ノ境界ニ位シ四分ノ一例ハ下甲狀腺動脈ノ上部ニ、五分ノ一例ハ甲狀腺ノ

人ヲ誤ツヲ正サンガ爲ニ、著者ハ自家ニ關スル左ノ事實ヲ公ニセリ。

一患者乳癌ヲ患ヒ、（千九百三年十月ヨリ氣付ク樣ニナリ）、一タビ他醫ノ手術ヲ受ケ（千九百四年）タル後、千九百五年晩春ニ至リ更ニ續發癌ヲ發シ、腋窩淋巴腺モ腫大スルニ至リ、モルトン氏ハ三十回光線療法ヲ施シ、後八月ヲ經テ、同氏ハ「トリプシン」注射ヲ施シタリ。千九百六年十月患者ガ著者ノ許ニ來リシ時ノ所見ニヨレバ、腫瘍ハ正型的ノ大ナル左乳腺硬性癌ニシテ、乳嘴ノマワリニ著キ潰瘍ヲ作リタリ、且ツ四周ニ蔓延シ又腋窩淋巴腺ヲモ犯シタリ。著者ハ同年十一月三日迄其儘ニ放置シ、同日手術ヲ行ヒテ患部ヲ摘出セシガ、又暫時ニシテ續發癌（淋巴腺及傷部ノ皮膚）見ハレ始メタレバ、「トリプシン」療法ヲ施シ、其大量ヲ與ヘ、後「アミロプシン」注射ヲモ行ヒ、代ル代ル兩者ヲ用キタリ。

斯クテ千九百七年一月二十二日、此續發癌ヲ摘出シ、直ニ之ヲ專門ノ病理學者數氏ニ送リ、其鑑定ヲ乞ヘリ。

此諸病理學者ノ組織的研究ニ據レバ、此腫瘍ハ「トリプシン」ヲ與ヘタルニ拘ハラズ、尙進行增殖ノ度著シキヿヲ示ハシ、特ニ「トリプシン」療法ニ歸ス可キ、顯著ナル組織退行ノ像無シ。

著者ガ特ニ此事ヲ報告スルハ、モルトン氏ノ言ニ對抗スル爲ナリ。

是ヨリ先キモルトン氏ハ著者ノ十一月三日手術摘出ノ腫瘍ヨリ、其周緣部ニ非ル所ニテ、僅ニ一小部分ヲ取リ、之ニ就テ病理學者ブルックス氏（Brooks）ノ檢セシ所見ノミニ據リ、又曩ニ光線療法ヲ用ヒタリシヿヲモ顧ミズ、直ニ「トリプシン」ガ癌組織ノ退行ヲ促シタリトナシ、之ヲ氏ノ報告例中ニ入レ（モルトン氏ガ千九百六年十二月八日發行 Medical Record ニテ公ニ

○マッケー、癌問題ノ解決ニ導線ヲ敎ユル如ク見ユル例

(Mackay, ch. G. A case that seems to suggest aclue to the possible solution of the cancer problem. Brit. med. journ. 20. July 1907, s. 138.)

著者ハ次ノ趣味多キ一例ヲ報告セリ

三十七歳ノ婦人右側乳房ノ正型式スキルスニシテ之レヲ切斷シ既ニ犯サレタル腋窩腺ヲ除切セリ、十四ケ月後再發シ八ケ月以來レントゲン療法ヲナセリ、肋膜及肺ニ轉移ヲ起シ肋膜腔ヲ穿刺シ左側ヨリ略千百瓦、右側肋膜腔ヨリ三百瓦ノ出血性漿液ヲ漏シ十四日後更ニ左側肋膜腔ヨリ八百瓦ノ出血性漿液ヲ排出セリ、最初ノ手術ヨリ二十四ケ月迄ニ病狀增進シ左側乳房モ硬結ヲ呈シ兩側腋窩ハ惡性腫瘍ニヨリテ充滿セラレ左側肋膜腔中ニ滯溜液アリ、呼吸四十四、呼吸困難嚥下障害アリ、然ルニ可成突然ニ非常ノ快癒起リ呼吸ハ二十四ニ下リ肋膜液ハ消失シ嚥下作用モ漸次良ク同時ニ乳房ニ於テモ變化ヲ注目セリ即チ皮膚ノ青色汚染、腫瘍ニ因ル鬱血及皮膚ノ輝キ去リ其ノ後左側乳房ノ硬結、腫脹、及兩側腋窩ノ腫瘍モ消散セリ唯X光線ヲ働カセタル右側ノ手術セル乳房ノミ回復遲々タリキ、咳嗽亦止リ手術後二十七ケ月ニシテ何レノ點ヨリ見ルモ確カナル治癒ヲ得タリ著者ハ肋膜滲出液ノ吸收此ノ癌腫治癒ノ原因ナルコヲ信ジ、實驗的癌研究ノ結果殊ニクロー氏ノ經驗(南京鼠癌ハ其ノ體中ニ於テ癌腫生長ヲ阻止スル性質ヲ有スル漿液ヲ產出ス)ヲ想起セシムト述ベタリ

(中村舒抄)

下極或ハ周圍ノ結締織中ニ他ハ甲狀腺々質中ニ、僅少例ニ於テハ其ノ方極ニ於テ甲狀腺ノ氣管側表面ニ、一例ハ上部胸骨ノ後部ニ位ス、而シテ甲狀腺ノ前方ニアリテハ甚シクコレト隔離スルモノハ遂ニ存在セザリキ。

コレ等ヲ肉眼的ニ認識セントスルハ頗ル難シ「バラチレオイデヤ」ハ多クハ長クシテ僅カニ壓平セラレ形、類圓、色、淡赤ニシテ平滑ナル物體ナリ時ニ或ハ脂肪ノ如ク黃色ヲ呈シ時ニ或ハ淋巴腺又ハ胸腺ニ似、又時ニ甲狀腺組織ノ如ク暗且褐ナリ

コノ成分ハ數例ニ於テハ甲狀腺組織及ビ「パラチレオイデヤ」組織ヨリ數例ハ「バラチレオイデヤ」組織及ビ淋巴腺組織ヨリ、尙數例ハ胸腺及ビ「バラチレオイデヤ」組織ヨリ成ルヲ示シ一例ハ一切片中ニ甲狀腺、「バラチレオイデヤ」及ビ胸腺組織アルヲ示セリキ。大サハ針尖大ヨリ二・五仙迷ノ間ニ出入ス。

最多數ノ「バラチレオイデヤ」ハ初歲ニ於テ發見セラレ一歲以下ニテハ四—六・一歲乃至十歲ハ三—四・而シテ十歲以上ニ及ンデハ決シテ二以上ヲ發見セシコトアラズ二十歲以下ニテハ決シテ缺クルコトナキモ二十歲以上ニ於テハ時ニ存在セザルコトアリ。反之フォーサイス氏（Forsyth）ハ今ヤ副甲狀腺ガ屢而モ年長ニ從テ一層屢々存在シ且其所在ハ彼ノ「バラチレオイデヤ」ノ好ンデ存在スル部位ニアルコヲ發見セリ此副甲狀腺ハ稀ニ初歲以下ノモノニアリ其數最大限ニ達スルハ三十歲乃至六十歲ノ間ナリキ。其實驗例比較的少數ナリシニ係ラズ著者ハコノ研究事實ヨリ副甲狀腺ノ作用ハ從來「バラチレオイデヤ」ニ要求セラレタル諸般ノ生理的價値ト相對抗スルモノナルコトヲ結論シ得ベシト信ゼリ。

（多胡抄）

zin. Wochenschr., 1907, No. 23)

動物ノ肝臟ヲ十分攪亂シテ作リタル新鮮液中ニハ他ノ身體組織ニ於ケルヨリモ腫瘍組織ニ於テ更ニ強ク溶解的ニ作用スル一種ノ醱酵素（Ferment）アル可ク從テコノ作用ヲ稱シテ「特異破壞」ト云フヲ得可シ。三個ノ人類腫瘍ハ此ノ肝臟醱酵素ノ注射ニ反應ヲ呈シ「エンチーム」的壞死（enzymatische Nekrose）及ビ組織溶解ヲ起シ大ナル破壞ヲナセリ奇異ナル現象トシテ此ノ醱酵素ハ切除セラレタル腫瘍又ハ析出セラレタル腫瘍蛋白ニ於ケルヨリモ反テ生活セル腫瘍組織ニ於テ強大ナル作用ヲ呈ス可シ。此試驗ハ今ヤ實ニ癌ノ新說與ラザルヲ得ザルニ到ラシメントス。腫瘍ノ限リ無ク生長スルハ生物體ニ於テ其ノ恐ラク特異ナル可キ「フエルメントヒドロリーチッシエクラフト」（„eine fermenthydrolytische Kraft, die wahrscheinlich specifisch ist"）ガ缺乏セルカ若シクハ其含有量ノ不足ナルニ基因スルモノナル可シ（此ノ報告ノ事實ハ稍稀有ニ屬シ、動物試驗ノ成績ニ反スル此種ノ說ヲ支フルニ絕對ニ適セザルニ似タリ）。（多胡抄）

○リッベルト、寄生體トシテノ人體細胞（Ribbert, Menschliche Zellen als Parasiten. Deutsche med Wochenschrift, 1907, No 9.）

寄生體ノ定義タル其ノ必ズシモ外界ヨリ來ルモノナルヲ必要トセズ、體細胞ハ自餘ノ組織ト連絡ヲ失ヒ而シテ寄生體ノ如ク獨立生活ヲ營ムヲ得可シ斯クシテ白血病ニ於ケル白血球ハ排除（ausschalten）セラレタル骨髓若シクハ淋巴細胞ノ寄生體的增殖ト倣スヲ得可ク同樣ニシテ腫瘍細胞モ又一寄生體的獨立ヲナスコレ殊ニ動物腫瘍ノ試驗的移植ニヨリテ明カナリ故ニ腫瘍ノ

セント、バルトロミュー病院ニテ最近十年間ニ見タル二十三例ノ外陰部癌中五例ハ兩側ニ生ジ自家接種ヲ結論セシムルモノヲ發見セリト著者ハ外皮癌ヨリハ屢多ク粘膜癌ニ於テ自家接種ノ來ルコヲ注意シ之レヲ隣接スルト云フ理由ニヨリテ說明セリ、交接ニヨリテ傳染スルコ稀ナル理ハ一部ハ癌腫ノ潰瘍シ又ハ腐敗性ニ破壞スル爲メニシテ一部ハ旣ニ癌腫發生シテヨリハ交接ヲ營ムコ尠キ爲メナリト、

著者ハ癌腫ノ原因ヲ寄生體ナリト說明セリ、（解釋ハ色々ニ出來ルモノナリ）（中村舒抄）

○ライデン及ベルゲル癌腫ノ發生幷ニ特異破壞ニ就テ

(Von Leyden und Bergell, Ueber Pathogenese und über den specifischen Abbau der Krebsgeschwülste. Deutsche medi

○バットリン、人體ニ於ケル癌ノ觸接傳染（自家接種）ニ就テ

(Butlin, H. Tr., On. the contagion of cancer in human beings : Automoculation. Brit. med. journ., 3 August 1907 S. 255.)

抄錄

著者ハ先ヅ一般ニ論理的ニ轉移ニ對シテ自家接種ノ觀念ニ就テ說明セル後一部ハ成書ヨリ大部ハ研究ノ結果ヨリ、外陰部癌ノ五例、喉頭癌ノ三例口唇癌ノ二例其他子宮及膣癌ノ例ニ就テ詳細ナル記載ヲ爲セリ殊ニ趣味アルハ上口唇及鼻尖端癌ノ一例ニシテ其ノ患者ハ上口唇癌ヲ其處此處壓シテ見直ニ同ジ指モテ鼻尖端ヲ觸ル、習慣アリシガ故ニ上唇ヨリ鼻尖端ニ移植セルガ如キ思ヲ做サシム、ト

腎臟膀胱及尿道ノ惡性乳嘴腫モ其ノ例トシテ引用セラレタリ

ヤ其生理的効力ニ於テ彼ノ「トリメチールヴイニールアンモニユム」ノ水酸化物（Oxyhydrat des Trimethylvinyl ammonium）ト酷似スト云フ。アダムキーウイツ氏ハ「トリメチールヴイニールアンモニユム」ノ水酸化物ヨリ成リ拘櫞酸及石炭酸ニヨリテ飽和セラレタル彼ノ「カンクロイン」ヲ以テ治療上好結果ヲ擧ゲタリ即チコレニヨリテ癌組織ハ瘢痕性結締織ニ變化スルニ至レリ。（多胡抄）

○キユステル、舌癌ノ處置殊ニ外頸動脈ノ結紮ニ就テ

（Küster. Zur Behandlung des Zungen Krebses und die Unterbindung der Carotis externa. Archiv. f. klin. Chir., Bd. 81. 1906. Festschrift für v. Bergmann.）

氏ハ廣汎ナル舌癌ノ一例ニ於テマヅ左頸動脈ヲ結紮シ、十四日ノ後ニ到リ更ニ右外頸動脈ヲ結紮シタリシニ腫瘍ハ次第ニ縮小シ患者ノ狀態モ佳良ナルヲ得タリ初メテ術後長年月ニシテ再ビ甚シク不良ノ狀態ニ陷リシト云フ、ナホ氏ハ施術不能ノ頰部癌ニ同結紮法ヲ試ミタルガソノ成績不良ナリシト、仍テ氏ハ廣汎ナル舌癌ニハ施術困難ナル舌動脈ノ結紮ニ代ヘテ一側若クハ兩側ノ外頸動脈ヲ結紮スルノ易且ツ危險少ナキヲ薦メタリ。（杉原）

○ゲリング、惡性腫瘍及ビ惡性血液病ニ於ケル血漿ノ一新血球溶解性反應ニ就テ幷ニ外科ニ於ケル診斷上及ビ統計上ノ應用ニ就テ（Kelling, G., Ueber eine neue haemolytische Reac-

定義ハ排除セラレタル細胞ノ寄生體的增殖（„Parasitäre Wucherungen ausgeschalterer Zellen"）ナリト云フヲ得可シ。（多胡抄）

○ボルレル、癌樣腫瘍及內臟蟲

Borrel, Tumeurs cancéreuses et helminthes. Bulletin de l' acad. de medec., 1906, No. 30.）

二十日鼠ノ肺臟ニ於ケル腫瘍轉移ノ傍ラニ人ノ屢々小ナル囊ヲ形成セル圓蟲ヲ見ルノ事實ハ著者ノ注意ヲ惹起セリ此圓蟲ハ腫瘍ノ發生ニ關シテ如何ナル意義ヲ有スルモノナルカ著者ハコレニ就テ記スル所アラズ。著者ガ鼠ニ於テ認メ得タル次ノ二所見ノ如キハ稍興味アルモノナリ。

一側ノ腎臟ニ癌ヲ有セシ鼠ハ他側ノ腎臟ニ於テ「テニヤクラッシコラ」ノ一胞蟲ヲ有スル小囊ヲ有セリ而シテコノ囊壁ニハ一小癌樣腫瘍結節ヲ發生セリ然レモ此結節ハコレヲ他ノ動物ニ移植スルヲ得ザリキ。第二ノ鼠ニアリテハ肝臟內ニ橙大ノ一腫瘍アリテ其中心ニ「テニヤクラッシコラ」ノ一胞蟲ヲ有シ其周圍ニハ一模型的大細胞肉腫ヲ有セリ、コノ肉腫ハ他ノ鼠ニ移植スルヲ得タリキ。（多胡抄）

○アダムキーウィツ、「カンクロイン」ノ注射ニヨリ癌腫ノ結締織ニ變化スル

（Adamkiewicz, A., Transformation du Cancer en tissu conjonctif sous l'influence de la Can-croine. Bulletin de l' acad. de medec., 1906, No 35.）

著者ノ說ニ從ヘバ人類ニ於ケル癌細胞ハ其固有上皮ヨリ發育セル細胞ニアラズシテ實ニ或毒素ヲ製產スル動物的產物ナリ而シテ此ノ毒素タル

シキ圓柱上皮細胞癌、第三例ハ十八歳ノ女子ニ發セシ潰瘍性胃癌ニテ組織的腺性癌ヲ報告シ成書ヲ探テ確ナリト認ムベキ同年齡時ノ胃腸癌腫四十七例ヲ集メ、コレニ上述三例ヲ加エ、其五十例ニ就テ統計的ニ觀察シテ曰ク、

各年齡ニアリ、亦先天性ノモノ(二例)モ存シ胃及大腸ニ認メラレタリ。直腸癌ハ早發ノモノニシテ十一歳ナリ。此年齡內ニアリテモ癌腫ノ頻度ハ年齡ト共ニ加ハルモノナリ。

性ニアリテハ、二十八例ハ男子、二十例ハ女子他ノ二例ニハ記載ヲ缺ク。

近時ノ癌腫ノ病理解剖學的統計ヲ集ムレバ二十歳以下ニ發スルモノハ癌腫總數ノ〇・三五%ニ當ル。

癌腫ノ部位ハ幼少時ニハ比較的胃腸ニ多シ、集メシ五十例中ニハ、

胃　十三例(幽門部五例)

十二指腸ニハ一例モ見ズ。

小腸　三例

大腸　五例(脾臟彎曲部二例)

S字狀部八例

直腸　二十一例

胃癌十三例中三例ハ胃潰瘍ヨリ發シ。腸癌三十七例中二例ニ腸息肉ヨリ發ス。

組織內ニハ(表ヲ揭ゲ)比較的膠樣癌多シ。

症候トシテハ大人ノモノト大差無キモ、比較的「カヘキシー」少クシテ、單ニ貧血ヲ現スモノ多シ。

生前ニ癌ノ診斷ノ附セラルヽ事稀ナリ。

經過ハ一般ニ速カナリト。

(京都中村八太郎抄)

○ヨハン、レウィンスキー、胃癌診斷ニ對スル鏡檢的胃內

該癌腫患者ノ血漿ガ示ス所ト同一ナル血球溶解性反應ヲ呈ス腫瘍ヲ根本的ニ除去スレバ患者ノ血漿ニ於ケル反應ハ消失ス著者ハコノ反應ヲ以テ潜伏的惡性腫瘍ノ診斷ニ應用セリ○

（多胡抄）

○オイゲン、ベルノゥリ、二十歲以下ノ年齡ニ於ケル胃腸癌

(Eugen Bernoulli, Magendarmkrebs in den beiden ersten Lebensdezennien. Archiv für Verdauungs-Krankheiten. Band XIII. Heft 2. 1907. s. 118.)

二十歲以下ノ年齡ニ發セシ癌ノ三剖檢例即チ、第一例ハ十五歲ノ男子ニ發セシ大腸S字狀部ノ癌性狹窄ニテ組織的小胞巢性癌、第二例ハ十七歲ノ女子ニ發セシ直腸癌ニテ組織的膠樣變性著

tion des Blutserums bei malignen Geschwülsten und bei malignen Blutkrankheiten und über ihre diagnostische und statistische Verwendung in Chirurgie. Langenbecks Archiv für klin. Chir., 1906, Bd. 80.

著者ハ癌腫患者ノ血漿ト其胎生期細胞ガ人体中ニ於テ腫瘍ヲ發生セシム可キ有脊椎動物ノ血球トノ間ニ多般ノ血球溶解性反應ヲ認メ由テ以テ惡性腫瘍ニ關スル著者ノ意見ヲ保障センコヲ試ミタリコノ成蹟ハ「プレチピチン」反應（Praecipitinreaction）ノ成績ト相一致ス尙進ンデハ多數ノ癌腫ハ雞ノ血球ニヨリテ陽性反應ヲ呈シ二三ノモノハ又羊及ビ豚ノ血球ニヨリテ同ジク陽性反應ヲ呈セリ惡性貧血ニ於テハ其血漿羊ノ血球ヲ溶解シ白血病ニ於テハ雞ノ血球ヲ溶解セリ○家兎ニ腫瘍物質ヲ注射スレバ其血漿ハ正ニ

密接スル上皮細胞ヲ有ス其二三ハゼルトリー氏細胞（Sertoli'sche Zellen）ノ性質ヲ有ス。腺管ノ内腔ハ甚ダ狹隘ニシテ多クノ關係ニ於テ攝護腺小葉ト類似セリ。コノ腺腫樣部分ハ必ズシモ常ニ周圍ト明界アルニ非ラズシテ尋常睾丸組織ニ移行スルアリ。（附圖參照）

學者ハ細精管ノ眞正ナル腺腫ヲ承認シ以テコレヲ彼ノラングハンス氏ニヨリテ記述セラレ胎兒腫瘍ノ複雜ノ造構ヲ有スル睾丸腺腫ト誤ルナシトセリ。コレト同一ナル腺腫ハ產科學集彙（Archiv für Gynackologie）中ニピック氏ニヨリテ既ニ一九〇五年記述セラレオル。（多胡抄）

○ホワイト及メール、肝ノ原發性副腎性ノ癌腫ノ一例

（C. Powell White and W. Mair. Acase of primary adrenal carcinoma of the liver. The Journal of Pathology and Bacteriology. Vol. XII. No. I. p. 170. oct. 1907）

七十歳ノ男子。肝ノ左葉著ク增大シテ、腫瘍ハ其全者ヲ占メテ存シ、更ニ右葉ニモ種々ノ大サノ腫瘍結節ヲ有セリ。蓋シ腫瘍ハ左葉中ニ發生シ、門靜脈ニヨリテ右葉ニ蔓延セシ者ノ如シ。肝以外ニハ腫瘍無ク、副腎ハ左右共ニ健全ナリ。

腫瘍ハ其細胞ノ構造及排列ノ狀、幷ニ細胞內脂肪粒及「グリコーゲン」含蓄ノ態度、且ツ間質ノ關係ニ於テ甚ダ副腎腫瘍及腎ニ生ズル副腎腫ニテ見ル者ト相似タリ。

此故ニ著者ハ本腫瘍ヲ以テ、肝ニ在リシ副腎迷芽ヨリ發生セル肝ノ原發癌腫ナリト斷ゼリ。

（藤浪）

容物停滯ノ意義

（Johann Lewinski, Die Bedeutung der mikroskopischen Mageninhaltsstauung für die Diagnose des Magenkrebses. Archiv für Verdauungs Krankheiten. Band, XIII. Heft 2. 1907. s. 168.）

チーグレルガ曾テ（Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 58）稱エシ、鏡檢的胃內容物停滯（肉眼的認ムベキ殘渣ノ存セザル空虛ノ胃ニテ、胃消息子窓ニ附シ來ル粘液樣微細片ヲ鏡檢シテ、檢出シ得ル僅少ノ成分、即チ所々ニ集積セル白血球○澱粉、筋、脂肪殘渣、並ニオップレル氏絲狀桿菌—特ニ此細菌ハ硝酸銀水ヲ以テ胃洗滌後ニモ必ズ存ス）ハ胃癌特ニ小彎ニ發スルモノ、早期症候ナリトノ說ニ對シ、著者ハ之ヲチーグレルノ試驗方法ヲ嚴守シテ、胃癌其他種々ノ患者總テ二十二人ニ就テ行ヒタル所見ノ表ヲ以テ示シ、チーグレルノ所說ノ承認スベカラザル事ヲ說ケリ○即チチーグレルガ、其檢査ニ於テ重キヲ置ケル長桿菌及食道殘渣ヲ檢出シ得ルハ必シモ胃癌ニ限ラズ、而シテ胃癌ニアリテモ常ニ規則正シク之ノ證セラルヽモノニアラザレバ、之ヲ以テ胃癌ノ診斷ニ利用スベカラザルナリト○

（京都中村八太郎抄）

○ルセーン及シユバス、變位セル睾丸內ニ於ケル眞生腺腫

（Lecène et Chevassu, L'adénome vrai dans le testicule ectopique. Rev. de Chir., 1907, No. 2.）

吾人ハ變位セル睾丸中諸所ニ纖維性結核ニ似テ明カニ自餘ノ組織ヨリ境界セル白色帽針頭大ノ小結節ヲ見ル○コノ島嶼ハ鏡檢上眞正ナル腺腫ニシテ核染色質ニ富ミタル大ナル核ヲ有シ互ニ

Klin., 1907, No. 21, S. 614.)

著者ガ既ニ嘗テエル、ミツヘエリス氏(L. Michaelis)ト共ニ雞ノ惡性腫瘍ニ就テ記述セル所ノ外著者ハ其後尙コレニヨリテ自己ノ發見シタル腫瘍ノ數七ニ及ビ其內五ハ確カニ癌腫ナルヲ見タリ癌腫疾患ハ鷄ニ於テモ亦好ンデ高年ニ來ルガ如シ而シテ各個ニ於テコレヲ人類癌腫ニ對比スルニ其間ニ主要ナル差異ハ之レアラザルガ如シ○(多胡抄)

○ガイゼル、腫瘍學ノ補遺第二、十二指腸癌ニ就テ (Geiser, Beiträge zur Geschwulstlehre II. Ueber Duodenalkrebs-Deutsche Z. f. Chirurgie, Bd. 86, 1907)

著者ハバーゼル大學病理解剖敎室ニ於ケル十二指腸癌ノ九例ノ精密ナル觀察ト幷ニ「リテラツール」ニ現レタル此ノ腫瘍ノ六十二例トニ據リ此稀有ナル腸癌ニ就キ精細且明瞭ニ記載セリ例令バ三十年間ニバーゼルニ於テ解體セル一萬一千三百十四人中ニ十二指腸癌ハ僅ニ七例ニ過ギザルニ胃癌ハ二百五十八例直腸癌ハ五十一例S字狀部癌ハ二十八例結腸癌ハ三十六例ノ多キヲ見タリ但シ回腸癌ハ二例ノミニシテ十二指腸癌以下ニアリトスルガ如シ而テ本腫瘍頻度數及ビ年齡ノ關係原因症候診斷幷ニ療法等ニ就キ詳論シ且ツ此腫瘍ノ占居地ヲ第一幽門旁部(乳嘴上部十二腸上部)癌十一例第二膵周圍部(十二指腸下行部)癌=五十一例及ビ第三空腸前部(乳嘴內部十二指腸下部)癌=九例ニ區別シタリ○(丸山抄)

○スチッケル、犬ニ於ケル上膊骨紡錘細胞肉腫ノ移植成効

○マクコ子ル、下等動物體中ニ人體癌組織ノ移植 (Guthrie Mc Connell, The transplantation of human carcinomatous material into lower animals. The Journal of exp. medicine. Vol. X. No. I. P.36, Jan. 1908)

著者ハ唯二頭ノ白鼠ニ就テ試驗シタリ○

人ノ乳腺硬性癌ヨリ一小片ヲ取リ、之ヲ甲(十分成長セル者)及ビ乙(生後四週)兩白鼠ノ腹壁皮下ニ移植セリ○乙鼠ハ十日後ニテ最早ヤ其移植結節ヲ觸レシメズ、健康狀態佳良ナルモ○甲鼠ニテハ移植片稍增大セル如ク見エシガ後チ其大サヲ變ゼズ、常ニ自由ニ移動セシムルヲ得タリ○此ノ甲鼠ハ移植後凡ソ五ケ月ニテ死シタレバ、其組織ヲ取テ鏡檢ヲ施シタリ○

之ニ據テ著者ノ說明スル所凡ソ左ノ如シ○

年長ケタル鼠ニテハ、移植癌組織吸收セラレザリシ、但シ鼠ノ體組織抵抗力ハ之ガ增大竝延ヲ妨害スルニ足ル者ト見ユ○移植組織ハ結締織ノ包被ニヨリテ圍繞セラレ、其中ニハ新キ血管ノ形成無ク、既存ノ血管ハ細胞ノ組立ニ對シテ營養ヲ供給スルニ足ラズ○是故ニ上皮細胞ハ變性ニ陷リ、結締織ハ之ニ比シテ抵抗强ケレバ變性ニ罹ルコト輕易ニシテ、吸收セラルコト少ク若クハ之レ無シ○

蓋シ幼若ノ鼠ニテハ外來ノ組織ヲ甚ダ迅速ニ破壞スルノ性アルモ、老鼠ニテハ其要件不備ナル者ノ如シ○(藤浪)

○エーレンライヒ、雞ニ於ケル惡性腫瘍ノ發生ニ就テノ報告遺補 (Ehrenreich, M., Weitere Mitteilungen über das Vorkommen maligner Tumoren bei Hühnern Med.

例ノ腫瘍ニ於テ唯自發性腫瘍ニ於テノミ認識セラル、所ノ腺腫樣造構ノ現ハレタルモノヲ觀察セリ最モ此ノ所見ハ或ル方法（エールリッヒ氏ノ謂フ毒性弱キ自發性腫瘍ヲ以テ、或ハバシフォルド氏ノ唱フル血液ノ注射ヲ以テ或ハシェー子氏ノ說ク胎生臟器ノ注入ヲ以テ）ニ由リテ免疫セラレタル動物ニ於テノミ唯得ラル、者ナリ、ト此ノ所見ニヨレバ腫瘍ノ發育ハ從前實驗的ニ否定セラレタル全生體ノ生物學上ノ關係ト關連スルコヲ知ルエールリッヒ氏ハ腫瘍發生ノ第一ノ衝動ヲ全生體ノ體質衰弱ニ歸シ阻止作用（Hemmung）消失スル爲メナリト云フト雖モ著者ノ研究ニヨレバ、人工的免疫ニヨリテ一度消滅セル阻止作用再ビ補綴セラレ、常規ノ阻止作用ハ高メラル即チ羈絆ナク增殖セル癌腫細胞ガ人工的免疫ニ由リテ再ビ規則正シキ腺腫ナル整調セル行路中ニ導カル、モノナルコ證セラル、又此ノ試驗ハ同時ニ腺腫ト癌腫トノ間即良性腫瘍ト惡性腫瘍トノ間ニ劃然タル境界無シト謂フ證明トナル由是觀之腫瘍ノ生物學的細胞退化（Anaplasie）ハ或ル細胞性質ノ如何トシテモ回復ス可ラザル損失ナラズシテ却テ新シク得タル重ニ現ハル、所ノ性質ニ因スル細胞ノ變化ナリ。（中村舒抄）

○ウィース、オスカール、癌腫樣表皮細胞增殖ヲ起ス際ノフィッシェル氏ノ「シャルラッハ」油注射ノ働キ方ニ就テ

（Wyss, M. Oskar, zur Wirkungsweise der, Scharlachöl-Injectionen B. Fischs bei der Erzeugung carcinomähnlicher Epithelwuchsung. München med. Wochenschr. 1907. N. 32, S. 1576.）

織ノ腫瘍化スルニアラズトナセル說ニ妥當ス（杉原）

○アポラント、南京鼠癌ヲ實驗的ニ組織學的ノ腺腫型ニ退行サセ得ルコトニ就テ

Apolant, H., Ueber experimentell erzeugten Rückschlag von Mäusecarcinom in den histologischen Typus des Adenoms Münchn. med. Wochenschrift. 1907, N. 35 S. 1720–1722)

實驗的ニ移植セル癌腫ニ於テハ代ヲ經ルニ從テ漸次網狀充實性癌(Carcinoma solidum reticulatum)ノ形ヲ取ル傾向ヲ有シ唯尙時ニ所々葡萄狀細胞配置ノ俤ヲ偲バシムルモノナリ然ルニ著者ハ既ニ五十代ヲ經テ充實性癌ノ像ヲ有スル數

ニ就テ (Sticker, A. Erfolgreiche Uebertragung eines Spindelzellsarkoms des Oberarms beim Hunde. Münchn. med. Wochnschr., 1907. No. 33.)

著者ハ甞テ犬ノ生殖器ノ圓形細胞肉腫ヲ移植シテ良好ノ結果ヲ收メタリシガ更ニ上膊骨紡錘細胞肉腫モ亦ヨク移植シ能フコトヲ實驗セリ、其ノ處見ヨリ氏ハ少ナクトモ移植試驗ノ成績ハ移植シ能ヒシ腫瘍ハ移植セシメシ細胞ヨリ發スルコトノ疑ヒナキヲ說キナホ爾他ノ異種屬的ニ又ハ同種屬的ニ移植セラレタル組織ノ如ク腫瘍細胞モ亦ソノ移植ニ當リテ種屬的特性ヲ顯ハス即チ異種屬的移植ニ於テハ腫瘍ハ尋常吸收シ去ラルヽモ同種屬的ノ移植ニハヨシ大部分吸收セラルヽモ僅カニ殘遺セル腫瘍ノ細胞ヨリ長短ノ潛伏期ヲ隔テヽ再ビ腫瘍ノ發生ヲ見ルニ到ルト謂ヘリ蓋シリベルトガ腫瘍ハ己レヨリ發育ス周圍組

モ恐ラク増殖スル表皮細胞ニ向フテ引力ヲ生ジ其ノ方ニ向ッテ生長セント力ムルモノナルコヲ認定シ此ノ観念ヲ「ヘモタクシス」(Chemotaxs)ノ認定ニヨリテ説明セリ。(中村舒抄)

○ペーテル、ベルゲル及カール、レウィン、癌腫發生及其ノ特殊破壞ニ就テ (Peter Bergell und Carl Lewin, Ueber Pathogenese und über den spezifischen Abbau der Krebsgeschwülste II. Zeitschrift für klinische Medizin. 64. Band. 1. u. 2. Heft, 1907 S. 185)

人ノ腫瘍ニアリテハ強キ破壞作用ヲ呈セシ肝臟「フェルメント」(壓搾液ノ形ニテ)ヲ鼠ノ腫瘍ニ注射ヲ試ミ、同樣ノ作用即チ壞死ヲナシ、又多量ニ用ヒバ崩解又液化ヲナス事ヲ認メタリ。而シテ強ク破壞セラルヽ時ニハ毒形成アリト。

次デ鼠ノ肝臟「フェルメント」ハ同一種族ノ動物ノ腫瘍ヲ害フ事ヲ證シ。

健康鼠及癌腫病鼠ノ肝臟ヲ摩碎シ、各別ノ抽出液ヲ作リ、同發育時期ノ腫瘍ヲ有スル鼠ノ一對宛ヲ取リ此抽液ヲ各別ニ注射シ、其液量ヲ種々異ニシ、種々ノ時期ニ殺シテ剖檢シ腫瘍組織ニ壞死ヲ惹起ス作用ハ癌腫病鼠ノ肝臟ヨリノ抽出液ニ少キカ又ハ缺ク事ヲ知リ、之ヲ種々ニ試ミ健康鼠ノ肝臟ニハ一見「フェルメント」アルガ如キヲ認メタリ。

其他反覆植接シテ免疫性アル鼠ノ肝臟「フェルメント」ニ就テモ檢シタリ。

此等ノ試驗ノ結果ハライデン及ベルゲル氏ノ癌腫發生說即『惡性腫瘍ノ增殖スルハ生體中「フェルメント」作用(特殊ナルベキ)缺乏又ハ不足ニ

著者ハ耳中ニ注射セル「シャルラツハ」油ノ働キニ由リテ表皮細胞ガ機械的ニ血液ノ營養ヲ斷タルヽヤ否ヤヲ研究シ次ノ意見ヲ陳ベタリ

フィツシエル及ジョウレス氏ニ從ヘバ耳中ニ注射セル「シャルラツハ」油ノ働キヲ收メントスル根本的條件ハ緊張スル程充滿サルコトナクシテ起ル血液營養不足ガ表皮細胞ノ無限ノ分割ヲ誘因スルモノナリ即チ細胞ハ己レノ營養物ヲ隣接スル細胞或ハ組織ヨリ仰ガザル可ラズ是レハ其ノ增進セル陰性滲透壓ニ依リテ行ハル、從テ斯ル細胞ハ寄生體ト同樣ノモノトナル爲ナリ、注射液ノ如何ニヨラズ機械的原因ガ表皮細胞增殖ヲ起シ得ルコハ石灰鹽ヲ混ゼル寒天ヲ以テ之レヲ行フモフィツシェル氏ノモノト同樣ノ增殖ヲ惹キ起シ得且ツ緊張性充滿從テ血管途絕ノ出來得ル耳ニ於テノミ觀察セラルヽニヨリテ明カナリ。（中村舒抄）

○スタール及ヘルマン異型的表皮細胞增殖及癌 (Stale u, Hermann, Atypische Epithelwucherung u. Carcinom, Münchn. med. Wochenschr. 1907, No. 24, S 1178 1179.)

表皮細胞增殖ヲ得ンガ爲メニ家兎ノ耳ニスダン油ヲ注射セルフィツシェル氏ノ試驗ヲ檢査シ著者モ同氏ノ記載セルト同樣ノ變化ヲ見出シ大部分ニ於テ其ノ意見ニ一致セリ然レドモ唯扁平表皮細胞ニ對スル油ノ特異ノ働キニ因リテ異型的表皮細胞增殖起ルト云フヲ信ゼズ寧ロ此ノ種ノ用法ハ表面ノ外傷等ニ於テハ見ラレザル所ノ表皮細胞ノ最深部ノ困累ヲ起スモノナルヲ主張シ、家兎ノ耳ノ緊張セル構造、組織ノ互ニ移動スルコト少キモスダン油ノ作用ヲ助クルモノニシテ爲メニ注射セル液體ハ周圍ノ組織ニ強キ永續性壓ヲ與フ加之尙軟骨ノ他側ニ位スル表皮細胞

尙圓形ナル細胞ノ多層ト及ビ明瞭ナル角質層ト即チコレナリ。菲薄ナル部分モ亦同一ナル造構ヲ有セリ腺及ビ毛嚢ニ至リテハ即チ缺如セリ。故ニ著者ハ曰ク實ニ陰嚢ノ表皮樣腫タリ而シテ正ニ中線ニ位スルガ故ニ生殖器溝ノ閉鎖ニ際シテ起レル芽絞斷（Keimabschnürung）ニヨリテ生ゼルモノタラザル可カラザル也。」

コノ問題ニ就テノ詳細ニシテ而モ瞥見的ナル記述ニハ新ナル觀察點ナシトス。（同上）

○ウェステンホェフェル、腫瘍ノ本態及ビ性狀殊ニ癌ニ就テ

Westenhoeffer, Ueber das Wesen und die Natur der Geschwuelste (mit besonderer Berücksichtigung des Krebses. Berl. klin. Wchnschr. 1907. No. 19)

癌細胞ハ生體ヨリ由來セル根元的ノ寄生體ナリ腫瘍細胞ハソノ特殊ナル性能ヲ喪失シ、以テ極メテ單純ナル「プロチステンチェルレン」ニ類スルニ至ルト云フ見解ヨリ著者ハ眞性腫瘍ノ本態ヲ說クニ當リ其該腫瘍細胞ハ生體組織分化ト官能ヲ失ヒ再ビ原始細胞 Urzellen ノ性狀ニ復歸スルニ到レバ已ニ人體ノ組成細胞タラズシテ生體ノ寄生體ナリト故ニ腫瘍細胞ハ動植物界ノ中間ニ位セシムベキモノ正ニ生物學上ニハ原虫又細菌屬ニ比スベキモノナリ、從テ癌ノ如キモ高級ニ機化セル細胞組織トシテノ特性ハ決シテ之レヲ存セズトナシヤコビーノ化學的試驗又シユッチエノ生物學的研究ヲ例表セリ。

（杉原）

○ミハエリス及ビレウイン、移殖シ得ル野鼠癌ニ就テ

(Michaelis, L. u. Lewin, C., Ueber ein

因スルモノナリ』トノ說ニ基礎ヲ與フルモノナリト。（京都　中村八太郎抄）

○ツアイアー、腫瘍ノ肉眼的染色　Zaayer' J. H.' Makroskopische Färbung von Tumsren. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 53, 1907. S. 729)

腫瘍及ビ諸臟器ノ大ナル肉眼的圓板ノ染色ニハ「ヘマトキシリン」ヲ推奬シ其後ノ鑑別ニハ鹽酸ノ溶液中ニ入ル、ヲ推奬ス。(正規ノ硬化法Härtung ヲ行ヘルモノニハ鹽酸ノアルコホール溶液急速硬化法（十五分間五%ノ昇汞溶液中ニ入ル可シ）ヲ行ヘルモノニハ其水溶液ヲ用フ）臟器ノ各部ニ於ケル核染色質量ノ相異ハ病的變化ヲシテ一目瞭然タラシム可シ。（多胡抄）

○ペットツオルド、男子ノ陰部ニ於ケル皮膚樣囊腫及ビ表皮樣腫　(Paetzold. Dermoide und Epidermoide der männlichen Genitalien. Beitr. z. klin Chir., Bd. 53, 1907, S. 420)

健康ナル十七歲ノ男子恰モ兩睾丸ノ間ニテ少シク後方ニ偏スル部位ニ初メ豌豆大ノ結節ヲ認メタルガコノ結節ハ四分ノ三年間ニシテ小拳大ニ生長セリ。縫際ニ切開ヲ施セルニ角化セル上皮及ビ「コレステアリン」結晶ヨリ成レル粥樣內容物ヲ有スル一囊腫アリ中空ナル細莖コレヨリ出デ中線ノ左方ニ於テ尿道球窩ニ消失セリコレヲ鏡檢スルニ其壁ハ血管ノ網ニ富メル多數ノ同心性結締織層ト小血管枝ヲ有スル許多ノ乳頭ト及ビ明カニ三層ヲ有セル上皮層トヨリ成ル。上皮層ノ三層トハ基底單層圓柱細胞トコレヨリモ

on the endemic occurence Carcinoma and on the inoculability of tumors. University of Penn. Medical bulletin, Vol. 20, No. 112, March-April 1907.)

コノ研究及ビ觀察ハ或ル特異ナル素因事項ノ遺傳的嗣承ガ動物界ニ於ケル癌腫ノ所謂地方病的發生ニ當テ一ノ重要ナル原因タルコヲ示ス。多クノ種類ノ腫瘍ハ其腫瘍ノ發生シタル動物ト同一ノ動物ニ又ハ一ノ類似腫瘍ヲ有スル他ノ動物ニ移植スル際ニ當リヨク生長スコノ事タル鼠、二十日鼠、犬ニアリテ確證セラル、所ナリ轉移ヲ來スノ傾向トヨク他ノ動物ニ移植シ得ルノ事實トハ必ズシモ平行シテ起ル者ニアラズ原腫瘍ノ生長勢力(Die Wachstumsenergie des Original-tumors)ハ只腫瘍ノ移植能力ヲ決定スル一標準タルニ過ギザル也既ニハーランド氏ニヨリテ記載セラレタル如ク轉移ハ肺臟ニ於テ肉眼的ヨリモ寧ロ甚ダ屢々顯微鏡的ニ發現ス轉移ノ外尙ホ肺腿若シクハ氣管上皮ノ增殖ニ因スル結節モ亦發現スルヲ得可シ。一女性二十日鼠ノ腋部ニ於テ一ノ副睾丸樣造構組織アリ而メコノ二十日鼠ハ實ニ一ノ腫瘍ヲ有セリ。此ノ如キ腫瘍ヲ有スル動物ヨリ生ジタル二十日鼠ニシテ頸部ニ一大囊ヲ有セルモノアリキ此異常ハ恐ラク二十日鼠ニ於テ或腫瘍形成ト何等カノ關係ヲ有セン。多發性腫瘍ノ一地方病的發現ハロイブ氏ニヨリテ記載セラレタリ。同一動物ニ於テ皮下諸所ニ腫瘍ノ發見セラル、コト九個ニ及ビ而シテコレ等ノ腫瘍ハ互ニ相類似セリ凡テ此等ノ腫瘍ガ原發性多發性ニシテ轉移ト見做ス可カラザルモノナリセバ其多數ハ乳腺ヨリ原發シタルモノニアラザルヤ明ケシ淋巴腺ノ轉移ハ決シテ認メラル、コトナカリキ。(Herxheimer, Wiesbaden 多胡譯)

transplantables Ratten-Carcinom, Berl. Klin. Wochenschr. 1907 No. 15.)

著者ハ一匹ノ發育シタル白鼠ニ於テ超胡桃大ノ皮下ニ位スル、良ク移動シ得ルヲ發見シ顯微鏡的ニ乳房ノ胞巢性腺腫性癌腫ナルヿヲ證明セリ而シテ此ノ腫瘍ハ他ノ白鼠ニモ移殖シ得且ツ明カニ再發及轉移形成ノ性ヲ有スルモノナリ然レ𪜈エールリッヒ氏ノ南京鼠腫瘍ト反對ニ代ヲ經ルモ生長力(Wachstumenergie)ハ高ラズ此ノ鼠癌ハ雌雄老若共ニ移殖シ得南京鼠腫瘍ト反對ニ白鼠モ白黑斑ノ鼠モ感受シ腹腔內接種ハ甚ダ容易ニノ、接種セル腫瘍ハ其ノ構造甚ダ多樣時ニ或ハ純粹ノ腺腫時ニ或ハ胞巢性又ハ管狀性癌腫ノ像ヲ呈シ、間質モ亦種々ノ差ヲ生ズ腫瘍一度生ジタル後自然ニ再ビ退行セル野鼠ハ再度ノ接種ニハ免疫ナリト。(中村舒抄)

○シュルレル、人體ニ於ケル癌腫及肉腫成長ノ原因 (Schüller, M., Die Ursache der Krebs-und Sarkomwucherung beim Menschen. Bel. Klin. Wochenschr., 1907, No. 9.)

著者ハ癌腫幷ニ肉腫ニ於テ、細胞內ニ侵入スル或ル最小寄生體ノ働キニヨリテ組織細胞核ノ非常ニ多キ絞搾(Abschnürung)ヲ見ルト云フ精細ナル所見ヲ示シ此ノ新シク發見セラレタルシュルレル氏寄生體ノ刺戟ニヨリテ組織細胞核即組織細胞ガ非常ニ急速ナル增殖ヲ爲スモノナリト謂ヘリ。(中村舒抄)

○レーブ、地方病的癌腫ニ就テ幷ニ腫瘍ノ接種ニ就テ所見遺補 (Loeb, Leo Further observation

○エンゼン、移植シ得ル野鼠肉腫（Jensen, C. O., Transplantable Rattensarcome. Bericht d. dän. Krebscomites, 1905-1907.）

著者ハ一二ヶ月同箱中ニ生活セル僞似結核菌ヲ接種セル、二疋ノ野鼠ヲ解剖シ廣汎性肉腫ヲ發見セリ鏡檢セルニ正型的紡綞狀細胞肉腫ニシテ移植試驗ハ成効シタレモ、種々ノ野鼠種々ノ差ヲ現ハシ接種成績零—八十七%間ヲ動キ、灰白色ノ野鼠ハ免疫ナレモ斑ノ野鼠ハ感受ス、變性ハ此ノ腫瘍中ニ起ルヿ稀ナルガ故ニ、特ニ治療的試驗ニ適スレモ惜イ哉未ダ必要ニ應ズルダケノ數ヲ作リ能ハズト。（中村舜抄）

○ソッチ、膵臟ノ乳嘴狀腺腫性囊腫（Sotti, G., Adeno-Cistoma papillifero del pancreas. Arch. per le Scmediche, 1906）

著者ハ膵臟ノ乳嘴狀腺腫性囊腫ノ一例ニ就テ記載セリ其ハ卵巢ノ其ノ如ク淋巴行及血行ニ由リテ淋巴腺或ハ肺ニ轉移ヲ生ズルヿナク腹膜上ニ散腫ヲ作ルヿモナシ此ノ解剖的性質ノ外尙組織的ニ大ナル趣味ヲ有ス即チ大部分ニ於テハ膵臟小葉ヨリ出デタルヿヲ認定セザル可ラザレモ他部分ニ於テ疑モナク排泄管及ランゲルハンス氏島ノ細胞新生增殖セル構造ヲ有スル所アリ、著者ハ此ノ所見ニヨリ一般ニ膵臟ノ表皮細胞腫瘍ノ組織的發生ニ就テ大ニ得ル所アリトシ、他ノ四例ノ腺腫ナラザル膵臟ノ表皮性腫瘍ヲ研究セリ而シテ其ノ觀察ニ依レバ膵臟ノ惡性表皮細胞腫瘍ノ造構ニハ種々ノ表皮細胞即チ腺小葉ノ表皮細胞ランゲルハンス氏島ノ固有ノ表皮細胞及排泄管ノ表皮細胞同時ニ與ルモノナリ、現在科學上表皮細胞性膵臟腫瘍ニ關シテ行ハル、兩說

○スピース、膽囊ノ初發鱗狀癌

Spese J., Primary squamous carcinoma of the gallbladder. University of Pennsylvania med. bull., vol. 19. January 1907. No. 11)

六十九歲ノ婦人ノ膽囊表皮癌ノ一例ヲ記載シ棘狀細胞ヲ有スルコニ由リテ其表皮癌タルコヲ證シ著者ハ之ヲ病的化生ニ由リテ生ズルモノナリト說明シ且ツ「リテラツール」ニ現レタル十四例ト比較セリ○（丸山抄）

○チゲーリ、子宮癌蔓延ニ對スル淋巴腺ノ關係

Cigheri m. Die Lymphdrüsen bei der Ausbreitung des Uteruscarcinoms. (Monatsschr. für Geburths. u. Gynaecologie, Bd. 24. 1906)

手術不能ノ子宮癌十例ニ就ヲ癌ノ蔓延殊ニ淋巴腺ノ干與ノ狀態ヲ精檢セリ、ソノ成績ニヨルニ癌ノ粘膜限界ヲ超ヘテ淋巴系ニ入ルヤ常ニ腺轉位ヲ免レズサレト此ノ轉位ハ多クハ子宮周圍組織ノ癌性浸潤ヲ發セル後ニアリ、而シテ甄管圓柱上皮癌就中腺轉位ヲ作ルコ最モ早シ、下腹淋巴腺ノ犯サルコ最モ多ク、腸骨腺、腰腺、鼠蹊腺ニ比較的遲シ、一般ニ腺腫大シ質硬固ナリト雖モ直ニ以テ癌轉移トナスベカラズ只單純ナル腫大ニ過ギザル者アリ又小ニシテ一見健全ナルガ如キニモ已ニ腫瘍細胞ノ淋巴腺組織中ニ認メ得ルガ如キモノアリト、終リニ著者ハ癌ノ轉移ガ血管ニ干與スルコノ稀ナルハ蓋シ血管周圍ニ炎症ヲ發シ、腫瘍胚芽ノ浸潤ヲ起スタメ血管中已ニ早期ニ栓塞スルガタメナリト謂ヘリ○（杉原）

（甲、專ラ腺及排泄管ノ細胞ノ增殖ニヨルトシ、乙、ランゲルハンス氏島ノ細胞ノ新生性增殖ニヨルトス）ハ共ニ信ナリト論結セリ。

（中村舒抄）

○ツールヘルレ、接種癌ノ確カナル一例（Zurhelele, E., Ein sicherer Fall von Impfcarcinom. Arch. f. Gynaekol. Bd. 81, H. 2. 1907）

著者ハ成書ニ揭載セラルヽ同樣ノ例ニ就テ說明シ、實驗例トシテ子宮癌腫ノ腹式切除ノ後三ケ月ニシテ開復術ヲ施セル瘢痕ノ上角ニ小形林檎大ノ癌腫結節ノ生ゼル一例ヲ報告シ、此ノ例ニ於テハ癌腫傳播ノ總テノ他ノ方法ハ否定シ得ルガ故ニ手術ニ際シテ癌腫成分ヲ接種セルモノト認定セリ。（中村舒抄）

○ホルン、肺ノ氈毛上皮ヲ有セル原發性腺腫性癌（Horn, O., Primäres Adeno-Carcinom mit Flimmerepitel in der Lunge. Hospitalstidende, Marts 1907.）

十八歲ノ女子、（臨床的診斷）、氣管支擴張、腐敗性氣管支加答兒、喀血症、（剖見）、左肺大腔洞、氣管支粘膜ヨリ起リ一部此粘膜ニテ被レタル大氣管支ノ指物腫瘍此腫瘍ハ肺實質ヨリ判然區劃セラレ顯微鏡的ニハ甲狀腺腫ニ稍類似セル構造ヲ有シ腺濾胞ハ大小種々ニシテ粘液ヲ保有シ其上皮ハ一部顫毛細胞ヨリ一部透明ナル粘液細胞ヨリナル而テ著者ハ本例ニ於テ先ツ氣管支擴張ガ初發シ次ニ腫瘍ノ發育ヲ繼發シタル者ナリト想像セリ。（丸山抄）

Kinoshita, Hakushi d. Med., Prof. f. d. Gynaecol. u. Tocol. an d. med. Facult. z. Tokyo; Dr. O. Kitagawa, Hakushi d. Med. (Chirurgie), Director d. „Kōseiquan"-hospitals (Nagoya); Dr. F. Kitagawa, Arzt im „Kōseiquan"-hospitals (Nagoya); Dr. Kitasato, Hakushi d. Med., (Bacteriologie), Director d. Instituts f. d. Forschung d. Infectionskrankheiten. z. Tokyo; Dr. T. Kitashima, Hakushi d. Med. (Bakteriologie), Abteilungsvorsteher d. Instituts f. d. Forschung d. Infectionskrankheiten z. Tokyo; Dr. K. Miura, Hakushi d. Med., Prof. f. d. innere Med. an d. med. Facult. z. Tokyo; Dr. J. Misumi, Vorsteher d. pathol. u. neurol. Abteilung d. Kumamoto-hospitals; Dr. d. Philosophie Miyajima, Hakushi d. Med. (Zoologie), Ingenieur d. Fabrik d. Vaccinlymphe z. Tokyo; Dr. T. Miwa, Hakushi d. Med., Prof. f. d. Chirurgie an d. med. Hochschule z. Chiba; Dr. T. Shidate,–Urolog–,Vicedirector d. Asakura-hospitals (Tokyo); Dr. G. Shibayama, Hakushi d. Med. (Bakteriologie), Abteilungsvorsteher d. Instituts f. d. Forschung d. Infectionskrankheiten z. Tokyo; Dr. K. Shiga, Hakushi d. Med. (Bakteriologie), Abteilungsvorsteher d. Instituts f. d. Forschung d. Infectionskrankheiten z. Tokyo; Dr. M. Shibukawa, Vicedirector d. Niigata-hospitals; Dr. K. Shibata,–Gynaecolog u. Tocolog–, Director d. Shibata-hospitals (Nagoya); Dr. H. Shiwota, Assistentsprof. f. d. Chirurgie an d. med. Facult. z. Tokyo; Dr. S. Higuchi, Prof. f. d. Gynaecol. u. Tocol. an d. Tokyo-Charitékrankenhaus med. Hochschule; Dr. F. Sekiba,–Chirurg–, Director d. „Hokushin"-hospitals (Sapporo); Dr. K. Sugi,–Chirurg–, Lehrer an d. med. Schule zu Busho (China); Dr. d. Tierarzen. G. Sudō, Hakushi d. Tierarzen., Prof. an d. landwirthschaftl. Facult. z. Tokyo.

---

redigirt von
Dr. K. YAMAGIWA,
Professor d. allgem. Pathologie u. d.
pathol. Anatomie (Tokyo.)

Zweiter Jahrgang Zweites Heft.
Tokyo. 1908.

Verlag von Handaya (Verlags-buchhändler.
Hongō Harukimachi 2 Chōme Tokyo.)

„Gann“ erscheint 4 monatlich 1 Mal in einem Hefte von ca 300 Seiten Staerke. Jedes Heft enthaelt Originalaufsaetze mit Tafeln oder Textfiguren, Japanische Referate in—u. ausländischer Krebsliteratur, und Deutsche, Englische oder Franzoesische Referate der Originalaufsätze. 3 Hefte machen 1. Band. Preis: 6 Yen für einen Band.

Inhaltsverzeichniss der Referate der Originalaufsaetze:

Seite

1.) Dr. A. Fujinami, Prof. f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie an d. med. Facultät d. kais. Jap. Univ. z. Kyōto, Ueber karzinomatöse Neubildungen bei Hühnern.—Tafel I–V.—(aus dem pathologischen Institut z. Kyōto) . . . 65.

2.) Dr. T. Endō, Marinestabsarzt, Ueber die Beziehung des Rectumkrebses und der Eier von Schistosomum japonicum. —(aus der pathol. Abteilung d. Marinemedical-academie, Director: Marinegeneralstabsarzt Dr. T. Honda) . . . 69.

3.) Dr. K. Yamagiwa, Prof. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie an d. med. Facultät. d. kais.-Jap. Univ. zu Tokyo, kleine Bemerkung zum Aufsatz des Herrn Dr. Endō. 70.

4.) Dr. S. Muroya, Militairstabsarzt, commandirt z. chrurgischen Klinik d. Herrn Prof. Dr. S. Inoko an d. med. Facultaet d. kais.-Jap. Univ. z. Kyōto.—(aus d. chrurgischen Klinik d. Herrn Prof. Inoko) . . . . . 71.

5.) Dr. H. Imamura, Volontairassistent d. pathol. Instituts an d. med. Facultaet d. kais.-Jap. Univ. z. Tokyo, Ein Fall vom Auftreten beider epithelialen Geschwülste in einer u. derselben Milchdrüse.—(aus d. pathol. Institut z. Tokyo) . . . . . 73.

6.) Dr. K. Kimura, Volontairassistent des pathol. Instituts d. med. Facultät an d. kais.-Jap. Univ. z. Tokyo, Ein Fall von Cancroid mit einem partiellen spontanen Heilungsvorgang.—(aus d. pathol. Institut z. Tokyo) . . . . . 75.

Seite

7.) Dr. M. Otsuki, Prosector des, ‚Erak'-hospitals zu Tokyo, Syncytioma malignum ist keine Epithelialgeschwulst.–Taf. VI–VII.—(aus d. pathol. Institut z. Tokyo) . . . . . 79.

8.) Dr. G. Kika, Volontairassistent d. pathol. Instituts an d. med. Facultät d. kais.–Jap. Univ. z. Tokyo, Ueber einen äusserst seltenen Fall (Carcinosarcoma) von der malignen Mischgeschwulst der Lunge. — Taf. VIII–IX. — (aus d. pathol. Institut zu Tokyo) . . . . . 84.

REFERATE

DER

ORIGINALAUFSAETZE

REFERATE

DER

ORIGINALAUFSAETZE

Dr. **A. Fujinami,** Prof. f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie an d. med. Facultät d. kais. Jap. Univ. z. **Kyōto,** Ueber karzinomatöse Neubildungen bei Hühnern. — Tafel I–V. — (aus dem pathologischen Institut z. **Kyōto**).

Von dem Gedanken ausgehend, dass für die Krebsforschung das vergleichend-pathologische Studium bedeutungsvoll ist, hat sich der Verfasser seit Jahren bemüht, das dazu geeignete Material in der Tier-Pathologie zu sammeln. Indem der Verfasser seine Untersuchungen über verschiedene Tierarten ausdehnte, wurde bei Hühnern eine Anzahl von pathologischen Neubildungen gefunden, welche dem makroskopischen und mikroskopischen Verhalten nach sich mit den menschlichen Geschwülsten und zwar den Karzinomen vergleichen lassen.

Der vorliegende Artikel giebt eine kurze zusammenfassende Mitteilung über die krebsartigen Neubildungen bei Hühnern (32 Fälle), welche der Verfasser im Lauf mehrerer Jahre (seit Januar 1905) beobachtet hat. Die betreffende Untersuchung ist aber keineswegs eine ganz abgeschlossene; der Verfasser beabsichtigt später noch näheres, und zwar über das histogenetische Verhalten, auszuführen.

Die krebsartigen Neubildungen bei Hühnern, wovon hier die Rede ist, sind nicht alle ganz gleichartig. Der Uebersicht halber hat der Verfasser dem makroskopischen Befunde nach die sämmtlichen Fälle in die folgenden 5 Gruppen eingeteilt; damit aber ist durchaus nicht gemeint, dass jede Gruppe ihrem Wesen nach verschieden von einander ist.

I. Das Ovarium vergrössert; zahlreiche Knoten an der serösen Fläche der Bauchhöhle, (an dem Mesenterium, an der Darmwandung, Eileiter-wandung, Eileiter-Gekröse etc.). (12 unter 32 Fällen.)

II. Das Ovarium ebenso vergrössert; die Knoten der serösen Fläche zeigen sich aber nicht deutlich (3 unter 32 Fällen).

III. Zahlreiche Knoten der serösen Fläche der Bauchhöhle; das Ovarium aber makroskopisch nicht besonders vergrössert, oder eher verkleinert (12 unter 32 Fällen).

IV. Das Ovarium ebenso nicht vergrössert, ein oder mehrere knollige Tumoren oder Knoten verschiedener Grösse auf der Serosa der Bauchhöhle. Nicht selten sind die Tumoren mit einem kurzen Stiel versehen. Auch das histologische Bild weicht mehr oder weniger von demjenigen der anderen Gruppen ab (4 unter 32 Fällen).

V. In einem einzigen Falle besteht das Ovarium aus lauter gestielten Cysten, welche zwar Grösse und Gestalt reifer Eifollikel haben, aber anstatt des Eigelbs klare, seröse oder schleimartige Flüssigkeit beherbergen; zudem sitzt multiloculäre, schwammige Geschwulst, welche wie ein Kystadenom resp. Kystadenocarcinom aussieht, in der Leber.

In vielen Fällen dieser 5 Gruppen gesellen sich Ascites, Verdickung und Verwachsung des Mesenteriums dazu.

Was histologisch dieser Ovariumvergrösserung und Knotenbildung zu Grunde liegt, ist eine beträchtliche Wucherung eines neugebildeten eigenartigen Gewebes, welches sich histologisch-**morphologisch** als **„ epithelial "** bezeichnen lässt, wenn das Bild auch je nach dem Falle mehr oder weniger abweicht. (Die histologische und bakteriologische Untersuchung bestätigt, dass hier keine Tuberkulose vorliegt.) An dem charakteristischen histologischen Bilde kann man folgende Formen unterscheiden:

a) Das Neubildungsgewebe besteht aus stark wuchernden schmalen Schläuchen, welche aus dicht und direkt an einander liegenden cylindrischen oder cubischen Zellen gebildet werden, und den epithelialen Drüsengängen der sonstigen Körperorgane äusserst ähnlich aussehen. Deutliches Lumen wird auch beobachtet. Das Gesamtbild gleicht, bei deutlich ausgeprägten Fällen, einem Adenom oder Adeno-Karzinom beim Menschen.

Die meisten Fälle zeigen diese histologische Form.

b) Solide („ epithelial " aussehende) Zellstränge von verschiedener Breite regelmässig oder unregelmässig, kommen überwiegend zum

Vorschein. Das Aussehen und die Anordnung der Zellen sind im allgemeinen gleich wie bei a). Ein Uebergangsbild der genannten beiden Formen wird nicht selten nachgewiesen.

c) Die Schläuche sind mit weiterem Lumen versehen. Man hat das Bild eines Kystadenom resp. Kystadeno-karzinom vor sich. Gewisse Abweichungen je nach dem Falle kommen auch vor.

Selbst in den makroskopisch nicht vergrösserten Ovarien werden neugebildete „epitheliale" Schläuche resp. Stränge in geringerer Menge ebenfalls nachgewiesen.

Das Neubildungsgewebe wuchert manchmal direkt und kontinuirlich in andersartige benachbarte Gewebe resp. Organe hinein.

Während die zahlreichen Knoten auf der Peritonealfläche wie die disseminierten bei den menschlichen Geschwülsten aussehen, giebt es auch Fälle, bei welchen einzelne Knoten diskontinuirlich innerhalb der Leber, Lunge und Milz eingebettet liegen. Das histologische Bild solcher Knoten gleicht immer demjenigen der sonstigen Knoten des betreffenden Falls. Sie dürfen wohl der „Metastase" bei menschlicher Geschwulst gleichgestellt werden.

Es ist sehr schwer oder manchmal unmöglich, die Histogenese der Neubildung bei jedem Falle positiver Weise bis ins einzelne festzustellen. Bezüglich der Histogenese seien hier nur einige Punkte erwähnt.

In vielen Fällen fällt es ohne weiteres ins Auge, dass der primäre eigentliche Entstehungsort der Neubildung das Ovarium ist. Unter den Fällen, bei welchen man vielmehr an eine multiple Entstehung denkt, sind zugleich auch solche, bei welchen der Ursprung des Neubildungsgewebes doch schliesslich auf die Ovariumzellen zurückgeführt werden muss. Andererseits erscheint die Möglichkeit der anderartigen Entstehung auch gerechtfertigt.

Was für Ovariumzellen es sind, von welchen die Neubildung ausgeht, muss in Zukunft genauer erörtert werden; hier sei nur zu erwähnen, dass in vielen Fällen eine näherere örtliche Beziehung der sich neubildenden Zellhaufen auf den Eifollikel konstatiert wird. Der

Verfasser hält es für sehr wahrscheinlich, dass die sich neubildenden Zellen des Ovariums solche sind, welche mit der Entwickelung des Eifollikels in einem innigen Zusammenhang stehen. Die schon in deutlicher Gestaltung befindlichen Follikelepithelien der gut entwickelten Eifollikel gehen aber nicht direkt in das Neubildungsgewebe über.

Der Ausgangsort der histologisch-*morphologisch* „epithelial" aussehenden Neubildungen überhaupt, welche nicht alle ganz gleichgestaltet sind, braucht auch nicht immer ein und derselbe zu sein. Neubildung aus Lymphgefäss-Endothelien würde auch wohl vorkommen. Dass aus der Darmschleimhaut, den Deckzellen des Ovariums und des Bauchfells etc. eine Geschwulst ausgehen kann, hält der Verfasser auch nicht für unmöglich.

Das Vorkommen der beschriebenen Neubildungen ist keineswegs sehr selten bei Hühnern. Obgleich der Verfasser nicht wagt, zu behaupten, dass die sämmtlichen Neubildungen in jeder Beziehung dem menschlichen Karzinom ganz gleich seien, so hat man hier doch ein schönes, leicht zu gewinnendes, vergleich-pathologisches Material für die Krebsforschung vor sich. Eine weitere Untersuchung wird sich lohnen.

Die Uebertragungsversuche, die der Verfasser seit Jahren in verschiedener Weise vorgenommen hat, blieben negativ.

Unter den neulich von *Ehrenreich* und *Michaelis**) mitgeteilten Hühnerkarzinomen soll es auch geben, welche gewissen Fällen des Verfassers gleichartig erscheinen.

---

*) *Ehrenreich* u. *Michaelis*, Ueber Tumoren bei Hühnern, Zeitschrift f. Krebsforschung. IV. 1906 S. 586.

Ehrenreich, Weitere Mitteilungen über das Vorkommen maligner Tumoren bei Hühnern. Med. Klinik. III. 1907. S. 614.

In der vormaligen Abhandlung des Verfassers über dasselbe Thema (Festschrift für Prof. *M. Miura*. 1906) hat der Verfasser diese deutschen Arbeiten nicht erwähnt, weil sie damals noch nicht erschienen waren.

(*Autoreferat.*)

Dr. **T. Endō**, Marinestabsarzt, Ueber die Beziehung des Rectumkrebses und der Eier von Schistosomum japonicum. (aus der pathol. Abteilung d. Marine-medical-academie, Director: Marinegeneralstabsarzt Dr. **T. Honda**).

Dieser Fall von Rectumkrebs bei einem 21 Jahre u. 5. Monate alten Matrosen aus der Provinz *Yamanashi*, welche bei uns jetzt als für Schistosomiasis japonica endemisch bekannt ist, interessirt uns erstens wegen des jungeren Alters, zweitens wegen des Eierbefundes im Stroma der Geschwulst.

Der junge Mann war als Matrose auf dem Kriegsschiff „Musashi" beschäftigt. Auf der Fahrt für die Messung der Meerestiefe längs der nördlichen Insel *Hokkaidō* und den *Kurilen-Inseln* bekam er am 18ten Sept. 1907 Diarrhoe. Seitdem soll er allmählig mager und anämisch geworden sein. Wegen der stets zunehmenden Schwäche und des zeitweise auftretenden unregelmässigen Fieberanfalls ist er am 2ten November 1907. in Marinehospital zu *Yokosuga* aufgenommen. Nach der Aufnahme sind ausser der allgemeinen Ernährungsstörung täglich-oftmalige blutige oder mit Blutgerinnsel beigemischte Stuhlgänge mit dem nachfolgenden Stuhldrang beobachtet. Mikroskopisch konnte man keine Parasiteneier im Stuhl nachweisen.

Durch die digitale Untersuchung hat man constatirt, dass die Rectumschleimhaut ungef. von 10 Centimeter oberhalb der Analöffnung knollig angeschwollen, von knorpelharter Consistenz ist. Weiter hat man durch den Rectumspiegel festgestellt, dass die Anschwellung— Tumor — von der hinteren Wand auf die beiden Seitenwände hinüber gewachsen ist, und noch auf die hintere Partie der Harnblase sich verbreitet hat. Die uneben höckerige Oberfläche der Geschwülst ist ulcerirt und blutet leicht.

Unter dem zusehenden Siechtum ist er am 7ten Januar 1908. hingeschieden.

Der Verf. war nun in der Lage, ein Stückchen des Tumors zu erhalten, und daraus rege artis mikroskopische Praeparate anzufertigen. Durch die histologische Untersuchung ist es herausgestellt, dass der Tumor sich um Adenoma destruens recti handelt, welches schon einen

deutlichen carcinomatösen Charakter erworben hat, und dass im Stroma besonders im peripherischen Teil reichliche Eier (0,05–0,06 mm l u. 0,04–0,045 mm br., kein Deckelchen, eliptisch gestaltet) von Schistomum japonicum (ein dem Schistosomum *Bilharzii* nahe verwandter Parasit) abgelagert sind. Verf. führt nun den bekannten *Kanamori's* Fall von Rectumadenom mit Schistosomumeiern im Stroma und *Kusama's* Fall vom parenchymatösen Lebercarcinom ebenfalls mit den Schistosomeneiern als Ursache der dabei gleichzeitig vorhandenen chronischen interstitiellen Hepatitis (II Heft d. I. Jahrg. von „Gann") kurz an und meint, dass es hier wenigstens soweit ganz berechtigt sein muss, als die frühere Ablagerung der Eier in der Darmwand (jetzt keine Eier mehr im Koth nachweisbar, Eier im Stroma verkalkt) und die spätere Entstehung und bösartige Umwandlung des Adenoms anzunehmen.

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **K. Yamagiwa**, Prof. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie an d. med. Facultät. d. kais.-Jap. Univ. zu **Tokyo**, kleine Bemerkung zum Aufsatz des Herrn Dr. **Endō**.

Hiermit bestätigt der Referent die Ansicht des Autors vom vorangehenden Aufsatz, und fügt hinzu: 1) Dass nach *Kusama's* Publication wieder ein weiterer neuer Fall vom parenchymatösen Leberkrebs mit der Ablagerung von Eiern des Schistosomum japonicum im Stroma ebenfalls mit einer interstitiellen Veränderung (Hepatitis parasitaria embolischer Natur, *Yamagiwa*) im pathologischen Institut zu *Tokyo* beobachtet worden ist. — Von diesem Fall wird Dr. *G. Kika* im nächsten Heft mit zahlreichen Fällen vom primären Leberkrebs berichten. 2) Dass es wohl statthaft ist, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen den Eiern und dem Adenocarcinoma im Falle des Herrn *Endō* anzunehmen, wenn auch die Eier mehr im peripherischen Teil, spärlicher im Geschwülstteil selbst gefunden worden sind, — weswegen ich damals, als Herr *Endō* mir das Präparat vorgelegt hatte, Bedenken trug ihm zuzustimmen — ; denn später nahm ich im Darmpräparate Dr. *Kawamura's* mit den bei Schistosomiasis charakteristischen Geschwüren und sonstigen Veränderungen aus einem Hunde zahlreiche Stellen wahr,

wo jene Geschwüre von den Seitenrändern beginnend teilweise oder bis auf die Mitte des Grundes ganz durch regenerirende Darmdrüsen bedeckt werden, sodass man auch bei Schistosomiasis wie bei Typhus abdominalis, Darmtuberculose u.s.w. sieht, wie die Defecte der Darmwand schönster Weise durch neubildende Epithelzellen überzogen werden; denn ich beobachtete dazu noch, dass regeneratorisch neugebildete, heterotopisch submucös gelagerte, Geschwürgrund überdeckte Darmdrüsen auch ein interglandulär neugebildetes Bindegewebe zeigen, welches demnach von Eiern frei ist, während Drüsenreihen und interglanduläres neues Bindegewebe (in der Mitte) von der Peripherie umgebendes altes submucöses Gewebe reichliche Eiern in sich beherbergt. Diese Thatsache bekräftige eben, nach dem Referenten, Herrn *Endō's* Meinung. Wie hier bei der regenerativen Hyperplasie das neuentstandene Bindegewebe keine Eier zu enthalten braucht, so sei es selbstverständlich, dass dort im neugebildeten Stroma des Adenocarcinoma weit spärliche oder selbst keine Eier vorkommen, während die letzteren im peripherischen Teil der Geschwulst reichlich getroffen werden.

(*Autoreferat*)

Dr. **S. Muroya,** Militairstabsarzt, commandirt z. chirurgischen Klinik d. Herrn Prof. Dr. **S. Inoko** an d. med. Facultaet d. kais.-Jap. Univ. z. **Kyoto.** (aus d. chirurgischen Klinik d. Herrn Prof. **Inoko**).

Indem der Verf. bei der Untersuchung von der Beziehung zwischen der Pankreatitis chronica interstitialis und dem Pankreaskrebs drei Fälle von dem letzteren beobachtet hat, bezweckt er im vorliegenden Aufsatz die Symptome beim primären Pankreaskrebs nach dieser seinen eigenen Beobachtung (3. Fälle) und den anderen 15 Fällen aus der Literatur in eine eingehende Betrachtung zu unterziehen. So gibt er von diesen 15 Fällen Alter, Geschlecht, Tageszahl zwischen dem Beginn des Leidens und dem Tod, dieselbe nach der Operation, Anamnese, Status präsens, objective Symptome, Befund bei der Laparatomie, und beim Fall mit dem tödlichen Ausgang noch den anatomischen Befund mit anatomischer Diagnose an. Weiter erstattet

er einen ausführlichen Bericht über seine drei eigene Fälle. Dann erörtert der Verf. über den Wert von einzelnen aufgehobenen aligemeinen Symptomen bei Pankreaskrebs: 1) Schmerz, 2) Tastbarkeit des Tumors im Epigastrium, 3) nicht intermittirendes Vorhandensein von Icterus, 4) Dilatation der Gallenblase ohne Leberhypertrophie, 5) ungewöhnlich niedrige Körpertemperatur, 6) rapide Abmagerung und Kachexie, 7) eine kurze krankheitsdauer, 8) das Erbrechen, 9) fettiger Stuhl, 10) Vorkommen von Zuckerharn, 11) sonstige Symptome. 12) Geschlecht: 160 Männer u. 81 Weiber unter 241 Fällen. 13) Alter: zwischen 32–68 J. 14) Stand: zwei Fälle sind mehr dem höheren, als dem mittleren Stand, ein Fall dem niederen angehörig. Nun nach der Besprechung der Differentialdiagnose, wobei er noch Häufigkeit und Localisation des primären Pankreaskrebses angibt (170 Fälle unter 5176 Leichen, d. h. 0,33 %; 58 Fälle unter 2472 Carcinomleichen, d. h. 2,35 %.— Kopfteil: 87 Fälle unter 138 nach dem Lehrbuch, 13 Fälle unter 18 von ihm gesammelten Fällen.) kommt er zu folgendem Resumé: 1) Hauptsymptome beim Pankreaskrebs sind: ein eigenartiger Schmerz und Palpirbarkeit des Tumors im Epigastrium. 2) Pankreaskrebs ist fast ganz fixirt, sodass er sich bei der Respirationsbewegung nicht mit bewegt. 3) Wenn es kein Erbrechen vorkommt, und der Appetit nicht stark gestört wird, Magen-Darmsymptome dabei relativ geringfügig sind, so kann man ungefähr den Pankreaskrebs vermuthen. 4) Wenn das Carcinom im Kopfteil localisirt ist, so kann es leicht eine icterische Verfärbung der Haut hervorrufen; beim Krebs des Pankreasschwanzes wird die peristaltische Bewegung reger. 5) Wenn im Verlaufe von Pankreaskrebs Fieber und Diarrhoe sich hinzugesellen, so ist die Prognose mehr schlecht. 6) Verlauf des Pankreaskrebses ist gewöhnlich nicht länger als ein halbes Jahr. 7) Durch das Hindurchfühlen der Induration von Pankreas allein darf man nicht gleich auf Carcinom diagnosticiren. Man muss dazu wenigstens von einem Teil auf dem stumpfen Wege macroskopisch die Beschaffenheit des Parenchyms von Pancreas selbst untersuchen. 8) Ausser der symptomatischen Behandlung muss man immer erst nach der frühzeitigen Probelaparatomie eine geeignete Operation auswählen.

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **H. Imamura**, Volontairassistent d. pathol. Instituts an d. med. Facultaet d. kais.-Jap. Univ. z. **Tokyo**, Ein Fall vom Auftreten beider epithelialen Geschwülste in einer u. derselben Milchdrüse.—(aus d. pathol. Institut z. **Tokyo**).

Eine 47 j. Frau ohne Heredität der Geschwulst. Erste Menses trat im 16 ten L. j. ein; im 18 ten L. j. verheirathet litt sie im nächstfolgenden Jahre (19. L. j.) an einer Uteruskrankheit, wovon sie erst nach einem Monate genesen war. Dasselbe Uterus-leiden quaelte d. P. im 30 L. j. wieder. Seither sei der Monatsfluss stets unregelmässig, und sie hat kein Kind geboren. Nun hat die P. im April vorigen Jahres (1907) zufälliger Weise eine indolente sperlingseigrosse Induration im unteren Teil der rechten Mamma gefühlt, welche sich allmählich vergrösserte. Seit Juni sind druckempfindliche Anschwellungen in der rechten Achselhöhle bemerkt worden. Im December ist die Geschwulst der r. Mamma mit der letzteren exstirpirt, und die Lymphdrüsen in der r. Achselhöhle gleichzeitig vollständig ausgeräumt worden.

Der Verf. bekam diesen Tumor zur Untersuchung. Der Tumor ist hühnereigross, im allgemeinen von derber Consistenz, zeigt im Centralteil einen daumenkopfgrossen Erweichungsheerd, welcher wieder eine Kleinfingerkopfgrosse Erweichungshöhle einschliesst. Schnittfläche des Tumors sieht grauweisslich aus und besitzt einen Alveolarbau, indem feine Faserzüge das Gewebe in verschiedener Richtung hindurchziehen. Dieser nach vorn nur in einem Teil unterhalb der Brustwarze mit der Haut verwachsene Tumor sitzt gegen die Umgebung ziemlich scharf begrenzt im subcutanen Fettgewebe. Eine zweite leicht verschiebbare, ebenfalls subcutangelegene Geschwulst liegt auf dem ersteren. Sie ist von weicher bis zeher Consistenz. Ihre Schnittfläche zeigt eine bienenwabenartige Structur und ist locker. Diese zweite Geschwulst geht allmählig in das umgebende Gewebe des ersten Tumors über.

Achseldrüsen von verschiedener Grösse sind alle derb anzufühlen. Ihre Schnittfläche ist markig und ungefähr gleichmässig beschaffen.

Unter dem Mikroskop hat der Verf. folgendes constatiren können: A). I. Tumor: 1) Der peripherische Teil ist medullaer, besteht aus

relativ kleinen cubischen Zellen in schmalen Reihen und Zügen, welche spärliche Bindegewebsfaser als Septa zwischen sich haben, während die centrale Partie mehr skirrhös ist. 2) In der Grenzschicht gegen die Umgebung findet sich eine verschiedenstarke Rundzelleninfiltration vor. 3) Im Tumorgewebe eingebettete feinere Milchgänge und Acini lassen keine abnorme Hyperplasie der Wandepithelien erkennen. Nur in einem Schnitte hat der Verf. festgestellt, dass ein mittelgrosser Milchgang mit einem kaum noch sichtbaren Lumen überall auf der Innenfläche der Wand von den ebenerwähnten cubischen Geschwülstzellen nicht unterscheidbare mehrfachgeschichtete Epithelzellen trägt und dass die Wandschicht selbst von eben denselben Epithelzellen infiltrirt ist. Gestützt auf diesen Befund glaubt der Verf.: der I. Tumor müsse aus solchem mittelgrossen Milchgang entstanden sein. B). II. Tumor: 1) Stroma ist im allgemeinen straff und dicht. Man trifft entweder um Membrana propria, oder längs der feineren Blutgefässe mehr oder weniger starke Rundzelleninfitration. 2) Hier findet man auch wie im ersten Tumor nur eine geringe Anzahl von Acini in der Nähe von Brustwarze. 3) Das Geschwülstparenchym stellen atypisch hyperplasirende hypertrophische Wandepithelien der meist mehr oder weniger dilatirten mittleren—grossen Milchgänge dar, welche im Lumen nekrotische Geschwülstzellen beherbergen und sehr häufig eine Kalkablagerung zeigen. 4) Viele von solchen Milchgängen senden nach der Umgebung Fortsätze von atypischgewucherten grossen Epithelzellen aus, sodass da die Membrana propria schon durch-brochen ist. Solche Epithelzellenstränge sind gewöhnlich von einem lockeren Bindegewebe mit einer Rundzelleninfiltration umgeben. 5) Weiter noch sieht man schon überall viele inselartige azuki-bohnengrosse oder noch grössere Heerde mit dem deutlichen Alveolarbau, d. h. grosse polygonale Epithelzellen-haufen in der Masche durch feine faserige Septa von einander getrennt.

Der Verf. erwägt nun zuerst, ob man seinen zweiten Tumor wirklich als eine epitheliale Geschwulst betrachten darf., oder aber noch als einen physiologischen Alterszustand der Mamma bei alten Frauen nach *Tietze* gedeutet werden soll, wohingegen jener Durchbruch der Membrana propria durch die atypisch wuchernden Wandepithelien, und schon gebildetes Geschwulstgewebe mit dem Alveolarbau, auch das Alter (46. Jahre d. P.) sprechen. Auch möchte der Verf. seine zweite Geschwulst,

welche vom ersten Tumor ganz scharf begrenzt ist, nicht als eine einfache collaterale Hyperplasie (*Borst*) ansehen. Als die interessanteste Frage in diesem Fall erörtert der Verf. endlich, ob beide Geschwülste in einer und derselben Mamma aus einer und derselben Matrix entstanden sein werden. Nach einer kurzen Auseinandersetzung hat der Verf. die Genese beider Geschwülste im vorliegenden Falle zu erklären versucht, wie es folgt:

Eine latente Energie sozusagen der fast nicht höher als die Wandepithelien der Milchgänge differentirten Drüsenepithelzellen der Mamma hier, welche sonst ihre angebore Eigenschaft, bei einer wiederholentlichen Schwangerschaft resp. Geburt als acinöse Drüse die Function der Milchsekretion zu übernehmen, zur Entfaltung bringen, gab wohl eine Anlage für die atypische Epithelwucherung (innere Ursache), wodurch man die Entstehung der II. Geschwulst — atypische, überschüssige Hyperplasie der Wandepithelien aller mittleren — grossen Milchgänge — verstehen kann. Auf diesem hyperplastischen Boden sei weiter durch irgend eine uns noch unbekannte Ursache (vielleicht complicirte Ereignisse in der betreffenden Localität) der erste Tumor (Drüsenzellenkrebs) aus dem mittelgrossen Milchgang entwickelt.

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **K. Kimura,** Volontairassistent des pathol. Instituts d. med. Facultät an d. kais.-Jap. Univ. z. **Tokyo,** Ein Fall von Cancroid mit einem partiellen spotanen Heilungsvorgang. (aus d. pathol. Institut z. **Tokyo**).

Die Möglichkeit einer spontanen Heilung bei einer Epithelialgeschwulst, besonders beim Cancroid unter einer gewissen Bedingung ist schon von vielen Autoren betont worden. Der Verf. bereichert nun diesbezügliche Literatur durch einen Fall von Cancroid, wobei man sich leicht davon überzeugen kann, wie die spontane Heilung vor sich geht.

Ein 44 j. Mann, ohne Hereditaet der Geschwulst, hatte seit der Kindheit linksseitige Inguinalhernia. Vor 3 Jahren (1904) soll d. P. im behaarten Schamteil oberhalb des Eingangs von dem l. Inguinalcanal eine bohnengrosse, derbe Anschwellung bemerkt haben, welche

subcutan gelegen, nicht mit der Oberhaut verwachsen, also leicht verschieblich war. Damals sei die darüberziehende Haut noch ganz intact gewesen, nur die Geschwulst war besonders durch den Druck schmerzhaft. Ungefähr seit December 1906 ist aber die Haut über der Geschwulst lividroth bis dunkelviolett, und äusserst schmerzhaft geworden, sodass um Februar naechsten Jahres (1907) die Haut über dem Tumor in einem Teil der missfarbenen Stelle exulcerirte und eine seröse Flüssigkeit daraus aussickerte. Im Mai 1907 hat man die Geschwulst mit einem derben Bindegewebe als Unterlage der letzteren exstirpirt, und bis zur Mitte März desselben J. hat man kein Recidiv beobachtet.

Mit der umgebenden Haut und Unterlage herausgeschnittene Geschwulst von ungefähr Hühnereigrösse zeigt am schmutzig gelblich bräunlichen Scheitelteil, abgesehen von einer etwas eingezogenen mit einer schmutzig bräunlich röthlichen geronnenen Masse bedeckten, der Ulceration entsprechenden, kleinfingerkopfgrossen Partie, überall miliar-Erbsengrosse kuglige Erhabenheiten und dazwischen liegende verschiedentiefe Furchen, sodass die Geschwulst im Scheitelteil papillomatös aussieht. Ringsum geht die Oberfläche der Geschwulst unmerklich in die intacte Haut über. Auf der senkrecht durch die Mitte der Geschwulst angelegten Schnittfläche bietet die letztere eine quer-ovale Gestalt dar, deren obere Hälfte mit den papillomatösen Unebenheiten und dementsprechenden in die Tiefe eindringenden Epithelzapfen reich am Geschwulstparenchym und mehr gelblich nuancirt ist, während die untere Hälfte hauptsächlich aus einem straffen Bindegewebe besteht und die Basis der Geschwulst bildet, gegen die obere Hälfte einige Fortsätze treibt, von beiden Seiten Geschwulstparenchym zwischen sich fasst. Dieses Geschwulstparenchym ist spröde, durch die Fingerspitze leicht zerdrückbar. Man sieht verschiedengrosse grauweissliche bis kreideweisse Körperchen (verkalkte, verhornte Substanzen) in ihm eingebettet liegen. Eine auf diesen ersten Schnitt senkrecht angelegte Schnittfläche gewährt ungefähr dasselbe Verhältniss. Verf. hat nun aus der Geschwulst der 1ten und 2ten Schnittfläche parallele Gewebsscheibchen herausgenommen und daraus je zwei, also im ganzen 4 Arten Schnittpräparate angefertigt.

Durch eine genaue mikroskopische Untersuchung dieser Präparate konnte der Verf. feststellen, dass es hier sich um einen an der Oberfläche zum teil geschwürig zerfallenen papillomatösen Platten-Epithel-

zellenkrebs handelt, welcher aber durch den folgenden Befund die Aufmerksamkeit des Beobachters auf sich gelenkt hat, dass nämlich verhornte Parenchymzellenhaufen sich in der Grenzzone zwischen dem oberflächlichen parenchymatösen und dem unteren bindegewebigen Teil vorfinden und vielfach durch die Fremdkörperriesenzellen von verschiedener Form und Grösse umgeben oder angefasst werden, indem die letzteren sich dicht an die Peripherie jener verhornten Epithelhaufen anschmiegen und zwischen den Zellen in die Lücke hinein Protoplasmafortsätze treiben. Verf. erörtert nun an der Hand dieser Befunde erstens die Frage, ob hier in seinem Fall wirklich eine spontane Heilung vor sich ging. Nach der Anführung von Ansichten vieler Autoren über die spontane Heilung (das Wachstum der Geschwulst mechanisch verhindert–*Manasse*–; durch die Umhüllung mit dem neugebildeten Bindegewebe–*Orth*–; Destruction der Geschwulst durch die Fremdkörperriesenzellen–*Becher*–; Organisation der Geschwulst–*Becher, Schwartz, Orth*–. u.s.w.) glaubt der Verf. behaupten zu dürfen, dass auch in seinem Fall ein partieller spontaner Heilungsvorgang vorliegt, indem er folgende Thatsachen als Beweisgründe wiedergibt: 1) Umschlossenwerden der verhornten Epithelhaufen von dem Granulationsgewebe und den Riesenzellen, welche ihren protoplasmatischen Fortsatz in die Lücke zwischen den verhornten Epithelien hineinschieben, Beisammenfinden der einzelnen verhornten Epithelzellen inmitten der Granulationszellen und Riesenzellen. 2) Auch kleine verkalkte verhornte Substanzen mit einigen Riesenzellen an der Peripherie liegen im unteren straffen bindegewebigen Teil. 3) Alle Epithelzapfen sind zur schnellen Verhornung geneigt. 4) Kein infiltratives Wachstum der Epithelzellen hat das tiefere Eindringen der letzteren gegen das untere straffe Bindegewebe ermöglicht, indem Epithelzellen in der Tiefe fast bis zur Peripherie der Alveolen schnell sich zu verhornen pflegen. 5) Gerade diese Tendenz der schnellen und ausgiebigen Verhornung der Parenchymzellen in der Tiefe, d. h. in dem peripherischen Gebiet, wo sonst ein reges Wachstum sich stattfindet. Wegen der Genese der Fremdkörperriesenzellen hierbei lässt der Verf. die letzteren nach der kritischen Betrachtung vieler diesbezüglichen Meinungen aus triftigen Gründen durch die Confluenz vieler jungen Fibroblasten im entstandenen Granulationsgewebe entstehen.

Die zweite Frage, ob hierbei die erste Ursache für die schnell eintretende Verhornung und Verkalkung in der Wachstumszone (nicht also in

der centralen alten Schicht) in einer primären schwachen oder irgendwie herabgesetzten Vitalität der Geschwulstzellen selbst zu suchen sei, oder ob sie auf den starken Widerstand des straffen Bindegewebes als die Unterlage gegen das Wachstum der Geschwulst zurückgeführt werden soll, beantwortet der Verf. folgendermaassen:

1) Papillomatöser Plattenepithelkrebs im vorliegenden Fall konnte auf der aeusserst festen Basis des straffen Bindegewebes gegen das letztere kein atypisches infiltratives Wachstum machen, sodass ein solches ganz langsames Wachstum der Geschwulst fast überall die Verhornung selbst der Geschwulstzellen in der äussersten Peripherie der Alveolen oder Zapfen in der Tiefe befördert hat. 2) Der Umstand, dass die durch den Reiz seitens von dieser Hornsubstanz entstandenen Fremdkörperriesenzellen mit dem Granulationsgewebe wieder auf die verhornten und noch nicht verhornten, aber veralterten Geschwulstzellen zerstörend und resorbirend eingewirkt haben, hat den Schwund des Geschwulstgewebes und seine Substitution durch Granulations—Bindegewebe, kurz Organisation zur Folge gehabt. 3) Andererseits ist es als sicher anzunehmen, dass das langsame Wachstum des hier besonders gutartigen Cancroids durch die entsprechend langsame Steigerung der Reactionsfähigkeit des Bindegewebes dem letzteren genug Zeit gegeben hat, um ein dem Geschwulstwachstum stark trotzendes Granulationsgewebe zu erzeugen (Referent: Den guten Character des Cancroids in diesem Fall könnte man wohl auch durch seine Entstehungsgeschichte verständlich machen, indem hier die papillomatöse Epithelialgeschwulst wahrscheinlich aus der durch den Druck von Seiten der subcutanen chronisch entzündlichen Anschwellung nekrotisch-gewordenen zerfallenen Stelle der Haut am Inguinalcanal im Sinne der regeneratorischen Ueberziehung der Geschwürsfläche sich entwickelt haben muss; denn nach der Anamnese ist die erste Anschwellung ganz frei von Epidermis subcutan gelegen, und erst nach der lividrothen Verfärbung und Exulceration der Haut scheint die epitheliale Proliferation in die Tiefe sich angefangen haben; denn der Beginn eines papillomatösen Hornkrebses im subcutanen Gewebe ist hoechstunwahrscheinlich).

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **M. Otsuki,** Prosector des „Eraku"-hospitals zu **Tokyo**, Syncytioma malignum ist keine Epithelialgeschwulst. — Taf. VI-VII.— (aus d. pathol. Institut z. **Tokyo**).

Verf. hat früher bei seiner histologischen Untersuchung über die Involution der Placentalstelle des Puerperaluterus nebenbei auch mit der Studie über die Genese der Syncytialriesenzellen sich beschäftigt, und er hat damals gestützt auf viele Thatsachen, (wie: 1) das Bekleidetsein der Innenfläche vom Capillargefässe der mütterlichen Placenta, welches mit dem intervillösen Blutraum in einer directen Communication steht, mit eben denselben Syncytiumzellen, welche den intervillösen Blutraum gegen die Oberfläche der Zotten abgrenzen; 2) als einen Beweis für die endotheliale Natur der Syncytialzellen sprechen (a) Behaftetsein der Zottenoberfläche mit dem Gerinnsel an der Stelle, wo Syncytialzellen fehlen, und (b) die Thatsache, dass der intervillöse Blutraum als ein eigenartig entwickeltes Capillargefäss der Uteruswand ringsum mit den Endothelzellen versehen sein muss; 3) Endothelzellen der Capillargefässe in der Plasentalstelle und überhaupt der Gefässe im schwangeren Uterus sind zur Hyperplasie und Hypertrophie geneigt u.s.w.) mit *Pfannenstiel* eine endotheliale Herkunft der Syncytialriesenzellen behauptet. Etwas später gewann der Verf. durch die Beobachtung eines Falls von Traubenmole eine feste Ueberzeugung von der Richtigkeit seiner früheren Behauptung, und er hat dabei noch hinzugefügt, dass die Zellen der sogenannten *Langhans*'schen Schicht in Traubenmole (wohl wahrscheinlich auch in Syncytiom) den mütterlichen Endothelzellen ähnlicher sind, als Syncytialzellen selbst, und dass man folglich Syncytioma malignum nicht Chorioepithelioma, sondern Placentalendothelioma bezeichnen müsse.

Nun in der vorliegenden Arbeit teilt der Verf. erst einen Fall von destruirender Traubenmole mit den Lungenmetastasen von Placentalzotten und einen Fall von Syncytioma malignum des Uterus mit den Metastasen in beiden Lungen und der Vaginalwand mit. Dann zieht er Chorioepithelioma malignum nach *Marchand* einerseits, Carcinoma und Sarcoma andererseits in eine genaue vergleichende Betrachtung, um endlich die Frage zu entscheiden, ob die Bezeichnung von Chorioepithelioma

berechtigt sei, oder ob man Syncytioma malignum als eine endotheliale Geschwulst, wie der Verf. und auch Referent mit *Pfannenstiel* und *Freund* wollen, besser Placentalendotheliom nennen soll. Hierbei lässt der Verf. sogenannte ectopische Chorioepitheliome und ähnliche als solche beschriebene Chorioepitheliomaartige Gebilde in vielen teratoiden Geschwülsten vorläufig ausser der Betrachtung.

I. Fall: 22 j. Frau. klinische Diagnose: Traubenmole u. Anaemie. Anatomische Diagnose: Traubenmole; Cystenbildung in beiden Ovarien; multiple haemorrhagische Heerde in beiden Lungen; fettige Metamorphosen des Herzens, der Leber und Niere; Ecchymosen der Haut und Schleimhäute; allgemeine Anaemie. Hinzuzufügen wäre noch, dass der Uterus vergrössert ist, und der Fundusteil etwa 10 Cm oberhalb der Schamfuge hervorragt, ferner, dass das rechte Ovarium ein Corpus luteum verum hat

Verf. gibt dann die Zusammenfassung des mikroskopischen Befundes, nach welcher Traubenmole hier an der hinteren unteren Uteruswand ihren Sitz hat und nicht bloss in die venösen Gefässe der letzteren selbst hineingewachsen ist, sondern weit entfernt in beiden Lungen zahlreiche Metastasen von den Fragmenten der degenerativen Placentalzotten verursacht hat, welche da Blutungen hervorgerufen haben. Mit den Zottenpartikelchen, welche alle keine Gefässe zeigen, sind auch Syncytialriesenzellen und jene hellen Zellen der sogen. *Langhans*'schen Schicht mittransportirt worden. Sie bedecken die Oberfläche der Zottenteile wie in der Placenta, dringen aber auch in das Lungengewebe ein, ohne dabei eine bestimmte Anordnung oder Gruppirung darzubieten, also ganz unordentlich (Taf. VI.). Einzelne blasigen Körper der degenerirten Zotten hier sind im allgemeinen kleiner, wie gewöhnlich, und mit einander verwachsen, und geneigt Knoten zu bilden, was etwas abweichend ist. Unter dem Mikroskop sieht man dabei, dass diese blasigen Körper überkleidende Syncytialzellen eine bedeutende Hyperplasie zeigen, welche der Verf. jedenfalls als ein sicheres Zeichen für die Bösartigkeit der betreffenden Traubenmole besonders hervorhebt. Ovarialcysten haben sich mikroskopisch als Luteincysten erwiesen, wie viele Autoren schon öfters darüber beschrieben haben. Ueber das weitere Schicksal der mit den degenerativen Zottenfragmenten in beide Lungen versetzten Syncytiumzellen und hellen Zellen der sogen. *Langhans*'schen Schicht im vorliegenden Fall kann der Verf. nicht bestimmtes sagen. Jedoch haben sie reichliche mitotische Figuren gezeigt und sie enthalten Glycogenkörner. Nach alle dem hält

der Verf. diesen Fall für eine Uebergangsform der malignen Traubenmole, welche seit *von Volkmann* als eine Hauptquelle des Syncytioma malignum bekannt ist, in das letztere.

II. Fall: 17 j. Mädchen. Klinische Diagnose: Endothelioma (Vaginae). Anatomische Diagnose: Primäres Syncytioma malignum aus der vorderen Wand des Uterus, Metastasen in Subserosa der Uteruswand selbst, vorderen Wand der Vagina und den beiden Lungen; Trübung des Herzens, der Leber und Niere; Milztumor; Schwellung der Bronchial und Retroperitonealdrüsen (tuberculös); allgemeine Anaemie. Es seien noch einige Punkte bemerkt: Der Uterus ist gross (9.5 Cm. hoch, 5,5 Cm. breit und 5 Cm. dick), mit einem subserösen bohnengrossen kugligen dunkelrothen, weichen Geschwulstknoten am Basalteil, ferner noch mit einem zweiten ebensogrossen und einem dritten nussgrossen ebensobeschaffenen kugligen Tumor vorn am Uteruskörper versehen. Der primäre hühnereigrosse Tumor mit einer ebenen von einer dünnen Zone der gelblich-weisslichen schleimigen Masse bedeckten Oberfläche ragt von der vorderen Wand des Uteruskörpers in die Höhle hervor. Der Tumor besitzt einen schwammigen Bau, und die Maschen sind mit dem geronnenen Blut gefüllt. (Taf. VII.). Zum Teil sieht die Schnittfläche dunkelroth bis gelblichweiss und bunt befleckt aus.

Unter dem mikroskopischen Befunde sei folgendes hervorgehoben: Primärgeschwulst besteht aus dem Fibrinnetz mit rothen und farblosen Blutzellen in den Maschen, worin als Geschwulstparenchym grosse epitheliale oder endotheliale einkernige Zellen beigemischt sind. Ihr Protoplasma und Kern lassen sich intensiv färben, meist also nicht hell. Form und Grösse der Zellen und Kerne sind variabel. Sie entsprechen also im allgemeinen Uebergangsformen zwischen Syncytien und den Zellen der *Langhans*'schen Schicht. Scheitelteil des Tumors zeigt keine Schleimhaut, und die Geschwulstzellen wachsen gegen die Muskelschicht zwischen den Muskelfaseren infiltrirend, wodurch die betreffende Uteruswand stark verödet ist, und da findet man eine bedeutende Rundzellen infiltration, Haemorrhagie und Coagulationsnekrose vor. Ausser einem wahren Luteinkörper im rechten Ovarium nimmt man zahlreiche kleine Luteinzellenheerde in beiden Ovarien wahr, welche der Verf. bei seiner Studie über die Genese der Luteinzellen in beiden Ovarien während der Schwangerschaft als dem Corpus luteum verum äquivalente Gebilde d. h. mit dem letzteren einen gewissen Nährstoff für den Embryo in's Blut

hineinsecernirende Organe stets nachweisen konnte. Alle Metastasen lassen dieselbe Bestandtheile wie im Primärheerd erkennen. Da sieht man ebenso keine bestimmte Structur des Tumors. Verf. glaubt nun wohl mit Recht, dass dieser Tumor ohne Zweifel dem sogen. Chorioepithelioma malignum nach *Marchand* angehört. Als eine bemerkenswerthe Thatsache hebt er noch hervor, dass dabei die Geschwulstzellen gross, einkernig sind, und sich intensiv färben lassen, anders ausgedrückt, dass das Chorioepithelioma in diesem Falle weder der atypischen, noch der typischen Form nach *Marchand* zugezählt werden kann. Dieser Fall beweist also von neuem, dass die bekannten beiden Zellarten — Syncytien und helle Zellen — im sogen. Chorioepithelioma einer und derselben Herkunft sich erfreuen. Ferner betont der Verf., dass die Geschwulst in der Uteruswand keine Zell — stränge und Schläuche bildet, sondern die Zellen ganz unregelmässig zwischen den Muskelfasern eindringen und fast keine Bindegewebsneubildung als Stroma beobachtet wird. Auch das hier überwiegende expansive Wachstum, und die Verbreitung auf dem Blutwege sprechen gegen das Carcinom. Endlich begründet der Verf. jene bekannte genetische Beziehung des Syncytioma malignum des Uterus auch in diesem Falle mit der Schwangerschaft durch das Vorhandensein des Corpus luteum verum im rechten, viele kleine Luteinzellenheerde in beiden Ovarien, was den Verf. von dem Unterbrechen der einmal eingetretenen Schwangerschaft in einer nahen Vergangenheit überzeugt.

Unterschied zwischen dem Syncytioma malignum einerseits Carcinoma und Sarcoma andererseits: In diesem Capitel hat der Verf. verschiedene Charaktere dieser Geschwülste aufgezählt und vergleichend betrachtet.

1) Alter:
   a) (Carcinoma) bei alten Leuten.
   b) (Sarcoma) mehr bei dem jugendlichen bis reifen Alter.
   c) (Syncytioma) anschliessend an der Schwangerschaft, selten im höheren Alter nach der Climakteriumszeit.
2) Wachstum:
   a) (Carcinoma) infiltrativ, auf dem Lymphwege.
   b) (Sarcoma), expansiv, Verbreitung auf dem Blutwege.
   c) (Syncytioma), expansiv, Verbreitung auf dem Blutwege.
3) Structur:
   a) (Carcinoma), alveolär.

b) (Sarcoma), keine bestimmte Structur (ausser dem Angiosarcoma u. sogen. Alveolarsarcoma).

c) (Syncytioma), auch keine bestimmte Structur.

4) Degeneration:

a) (Carcinoma), fettige—, gallertige—, schleimige Degeneration, auch Verhornung im centralen Teil.

b) (Sarcoma), hauptsächlich Coagulationsnekrose

c) (Syncytioma), Coagulationsnekrose—von der Haemorrhagie begleitet.

5) Cachexie:

a) (Carcinoma), besonders stark.

b) (Sarcoma), gewöhnlich nicht bedeutend.

c) (Syncytioma), auch nicht bedeutend.

6) Genese:

a) (Carcinoma), epithelial.

b) (Sarcoma), mesodermal.

c) (Syncytioma). Niemand zweifelt jetzt mehr daran, dass Syncytiumzellen und helle Zellen der sogen. *Langhans*'schen Schicht von gleicher Herkunft sind. Demnach ist die Einteilung dieser Geschwulst in eine atypische und eine typische Form nicht streng durchführbar, wie es auch der zweite Fall Verf.'s auf's Neue beweist. Die Frage ist nur die, was die genannten beiden Zellarten für eine gemeinschaftliche Matrix haben? Stammen sie aus dem Embryonalepithel oder aus dem mütterlichen Gefässendothel? Verf. behauptet nun aus den eingangs erwähnten Gründen nach dem Ergebnisse der Untersuchung über die Involution der Placentalstelle, und nach dem Resultate der histologischen Untersuchung des früheren und vorliegenden (Fall I) Falls von der malignen Traubenmole, auch vom beschriebenen primären Uterussyncytioma (Fall II), dass sowohl Syncytiumzellen, als auch helle Zellen der sogenannten *Langhans*'schen Schicht in Traubenmole und Syncytioma nach allen ihren Eigenschaften sich von den mütterlichen Gefässendothelzellen entwickelt haben müssen.—(Embryonalepithel auf der Oberfläche der Zotten werden nur im früheren Schwangerschaftsstadium gesehen).—Die helien

Zellen der sogen. *Langhans*'schen Schicht betrachtet der Verf. als jungere d. h. der Mutterzelle mehr ähnliche Nachkommen vom mütterlichen Gefässendothel, als Syncytien.

Zum Schluss fasst der Verf. das ganze Resultat seiner Untersuchung und Betrachtungen in folgenden Sätzen zusammen:

1) „Sogenanntes Chorioepithelioma malignum ist in sehr vielen Punkten seiner Eigenschaft von dem Carcinom verschieden. Dagegen sein Wachstum, seine Structur und Beschaffenheit, auch Metastasen auf dem Blutwege u. s. w. stimmen im grossen und ganzen mit denjenigen von Sarcoma überein."

2) „Dass das sogen. Chorioepithelioma malignum aus den Syncytialzellen resp. den hellen Zellen der sogen. *Langhans*'schen Schicht über den Zotten der Placenta hervorgeht, daran ist nichts mehr zu zweifeln. Nach dem Resultat unserer histologischen Untersuchung müssen diese beiden Zellarten von den mütterlichen Gefässendothelzellen herstammen, und zwar jene hellen Zellen der sogen. *Langhans*'schen Schicht stellen jungere Endothelzellen als Syncytien dar."

3) „Folglich ist es nicht berechtigt, Syncytioma malignum als Chrioepithelioma malignum, oder Choriumkrebs, oder Syncytialkrebs also der Epithelialgeschwulst angehören zu lassen. Nein, unsere Bezeichnung vom malignen Placentalendothelioma dafür ist sicher geeignet, um eine aus Placentalstelle entwickelnde endotheliale Geschwulst kurz und richtig zu charakterisiren".

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **G. Kika**„ Volontairassistent d. pathol. Instituts an d. med. Facultät d. kais.-Jap. Univ. z. **Tokyo**, Ueber einen äusserst seltenen Fall (Carcinosarcoma) von der malignen Mischgeschwulst der Lunge.—Taf. VIII-IX. — (aus d. pathol. Institut zu **Tokyo**).

In der Einleitung bespricht der Verf. zuerst von der Seltenheit (bisher höchstens 12–20 Fälle nach *v. Hansemann*, 8–9 Fälle nach *Lippmann*) der bösartigen Mischgeschwulst,—während die gutartige öfters beobachtet wird—; von dem Unterschied zwischen der Combinations—und

Mischgeschwulst; von dem Resultat der künstlichen Erzeugung der Mischgeschwulst (nach *Loew*, *Liebmann*, *Bashford*); auch von dem experimentellen Ergebnisse nach *Ehrlich-Apolant*, dass es aus einem auf dem mit Carcinom geimpften Boden entstandenen Carcinosarcoma nach wiederholten Impfungen des letzteren von Generation zu Generation endlich ein reines Sarcoma sich entwickelte und Epithelzellen des carcinomatösen Anteils sich allmählig zurückbildeten, um schliesslich zu verschwinden. Dann gibt er eine kurze Uebersicht über die Kenntnisse vom Carcinosarcoma. a) Localisation: Am häufigsten wird es im weiblichen Geschlechtsorgane beobachtet (nach *v. Hansemann* u. *Lippmann*). b) Alter: Es scheint nach dem statistischen Ergebniss Verf.'s vom über 4 tem Decenium bis zum 6oten Lebensjahre am meisten vorzukommen. c) Verlauf: Im allgemeinen rapid. d) Metastase: Zufolge der Mitteilungen von Autoren (wie *v. Hansemann*, *Lippmann*, *Lindemann*) trifft man auch gemischte Metastasen, während die letzteren bei einer Combinationsgeschwulst entweder rein carcinomatös oder rein sarcomatös zu sein pflegen. Zu bemerken wäre hierbei, dass es als eine äusserst interessante Thatsache eine allmählige Reduction vom carcinomatösen Anteil, dagegen ein dementsprechend mächtigeres Wachstum des sarcomatösen Gewebes in weiteren Metastasen constatirt wird, wie es durch *Ehrlich-Apolant*'sche Thierversuche als durch eine stärkere Wachstumsenergie des Sarcoms nachgewiesen wurde. e) Art des Sarcoms in der Mischgeschwulst: Grosszelliges Spindel- oder auch Rundzellensarcom mit oder ohne Riesenzellen, fast keine Fälle vom kleinzelligen Rundzellensarcom. f) Genese: Nach *Wilms*: aus dem vom physiologischen Verbande abgelösten verirrten Keime; nach *Virchow*, *v. Hansemann*: eine secundäre sarcomatöse Umwandlung des Carcinomstromas; eine secundaere carcinomatöse Umwandlung der Epithelzellen durch den Reiz vom primaeren Sarcoma nach gewissen Beispielen; nach *Michaelson*, *Fraenkel*: eine gleichzeitige Entstehung beider Geschwulstteile durch das gleichzeitige Gereiztsein von Epithelzellen und Bindegewebszellen.

Soweit vorausgeschickt schildert er nun eingehenderweise von seinem eigenen Fall, dessen Herkunft leider nicht angegeben werden kann, indem der Verf. die betreffende Geschwulst ohne eine nähere Angabe nur als ein Lungentumor im hiesigen pathologischen Museum aufbewahrt fand.

Makroskopisches: Ein kindskopfgrosser Tumor sitzt im Oberlappen d. l. Lunge und dieser linke Oberlappen ist fast ganz vom Tumorgewebe eingenommen, der Unterlappen ist dadurch stark comprimirt und fast ganz atelectatisch. Der Tumor geht direct auf beide verwachsene Pleurablätter, Rippenknochen, auch Zwerchfell und Mediastinum über, ist aber grösstenteils erweicht, sieht schmutziggrau weiss—bräunlich aus, sodass im Centralteil eine unregelmässig begrenzte Höhle entstanden ist. Gegen die Umgebung zeigt die relativ noch gut erhaltene Peripherie des Haupttumors eine deutliche Grenze. Auf dem ersten Blick fällt es auf, dass der Tumor aus den gleichmässig beschaffenen grauweisslichen Strängen (sarcomatös), welche besonders vom Peribronchial- u. Perivascularraum ausgegangen, bald feines, bald grobes Netz bilden, und den die Maschen ausfüllenden graugelblich-getrübten, äusserst spröden, leicht zerfallenden Massen (carcinomatös) besteht. Das quantitative Verhältniss dieser beiden Bestandteile ist nach der verschiedenen Partie der Geschwulst variabel, ihre gegenseitige Begrenzung ist aber überall scharf. In der Adhaesionsschicht der Pleura mit der Dicke von einigen Centimetern sieht man ein dem gleichmässig beschaffenen Teil des Haupttumors der Lunge entsprechendes, dichtes Gewebe, welches durch Intercostalräume Rippenknochen rings um greifend nach aussen kuglig hervorgetreten und in die Brustmuskulatur selber infiltrativ hineingewachsen ist, sodass der Rippenknochen zum Teil schon ganz durch die Tumormasse substituirt, zum Teil fractuirt ist. Im vorderen Mediastinalraum findet man auch bohnen bis taubeneigross angeschwollene und indurirte Lymphdrüsen, an deren Schnittfläche mit einer gleichmässigen Beschaffenheit man durch eine nähere Betrachtung viele darin zerstreut liegende lineale, fleckige oder netzförmige verschiedengrosse spröde Masse herausfindet, während die kleineren Lymphdrüsen ein markiges homogenes Aussehen haben.

Mikroskopisches: Verf. hat a) aus dem verdickten dichten Gewebe der verwachsenen Pleura mit dem eingebetteten Rippenknochen, b) aus dem Tumor in der Lunge selbst, und c) aus den Mediastinaldrüsen zahlreiche Schnitte hergestellt, je nach dem Zweck verschiedentlich gefärbt und untersucht. Im folgenden sei das Hauptergebniss wiedergegeben:

1) Haupttumor in der Lunge zeigt das Bild von Carcino-Sarcoma. Aber unter den metastatischen Heerden in seiner Peripherie findet man bald einen reinsarcomatösen, bald einen reincarcinomatösen.

2) Im gemischten Teil beider Gewebsbestandteile sind Carcinomalveolen von Sarcoma (als Stroma) umgeben, sodass beide innig mit einander zusammenhängen.

3) Carcinom gehört hier dem nicht verhornenden Plattenepithelzellenkrebs (Taf. IX Fig. 2 c) an, obgleich es nicht mit allen Charakteren des letzteren versehen ist (Stacheln fehlen). Sarcomazellen im Stroma sind polymorph; im wesentlichen aber ist das Sarcom vom grosszelligen Rundzellentypus(s), und es enthält auch wenige Riesenzellen.

4) Carcinomzellen haben sich in der Lunge mittelst der Bronchial-Alveolarlumen, im Rippenknochen in den *Haver*'schen Canälchen, in den Lymphdrüsen durch den Lymphsinus verbreitet, wodurch es entweder unregelmässig netzartiges, röhrenförmiges (Lymphdrüse) oder alveoläres Bild (Lunge) gezeigt hat, aber das Sarcom wie gewöhnlich auf dem Blutwege.

5) In allen metastatischen Heerden ist das Sarcomgewebe gegen dasj. von Carcinom in der Quantität weit überwiegend und auch gut ernährt, sodass das erstere überall wohl erhalten ist, während selbst kleine Carcinomzellstränge und Carcinomalveolen im Centralteil schon nekrotisch zerfallen sind.

6) Von der Geschwulst angegriffener Rippenknochen wird entweder auf dem Wege der Lacunenbildung oder ohne solche gleichmässig in einer oder allen Seiten zur Resorbtion gebracht, indem Sarcomzellen in die Knochenkörperchen hineindringen und das Centrum für die Auflösung und Resorbtion des Kalksalzes und die nachfolgende Erweichung und Resorbtion der entkalkten osteoiden Grundsubstanz (Taf. VIII Fig. 1 szL) darstellen, oder an der Peripherie des Knochenbalkens dicht infiltrirt diesselbe Wirkung auf den Knochen ausüben, ohne dabei eine Neubildung von Riesenzellen beobachtet wird. (also auch zuerst halisteretisch entkalkten Hof resp. Saum bildend; nach der Beobachtung des Verf's existirt kein wesentlicher Unterschied zwischen der Halisteresis und lacunaeren Knochenresorbtion.) Carcinomzellen beteiligen sich auch hier bei der Mischgeschwulst nicht direct an der Knochenresorbtion, wie *Matsuoka*, *E. v. Muralt* schon betont haben.

7) Im sarcomatösen Teil der Drüsenmetastasen befanden sich viele hyaline Substanzen von verschiedener Gestalt und Grösse, welche der Verf. für eine geronnene Masse hält. (keine echthyaline, keine amyloide

Reaction und kein sonstiger positiver Charakter nachweisbar; innerhalb und an der Masse sind Sarcomzellen eingeschlossen).

Am Ende setzt der Verf. die Genese dieser seltenen bösartigen Mischgeschwulst auseinander. Er haelt erstens das Carcinom im vorliegenden Fall mit Recht für den primaeren Lungenkrebs mit dem Character des häufig bei der Lunge zu beobachtenden Plattenepithelzellenkrebs. Von der Geschichte der primären Entstehung aber kann der Verf. bei einer so vorgeschrittenen Geschwulst wie im vorliegenden Falle, besonders ohne Angabe der näheren Herkunft, nichts sicheres aussagen. Nur nach der Häufigkeit glaubt der Verf., dass hier das Carcinom als Plattenepithelzellenkrebs auch aus den Alveolarepithelien entstanden sein mag. Indess, das Interessante ist die Frage, ob hier das Carcinom und Sarcom von Anfang an als eine Mischgeschwulst entstanden seien, oder ob welches von beiden zuerst zur Entwicklung kam. Wir muessen hierbei zuerst damit klar sein, dass die vorliegende Geschwulst sich nicht um eine Combination von Carcinom und Sarcom, sondern um eine Mischgeschwulst handelt, wofür der Verf. das Vorhandensein von gemischten Metastasen nach dem in der Einleitung erörterten Grunde als einen unleugbaren Beweis hervorhebt. Weiter im vorliegenden Falle hat der Verf. constatiren können: Gemischte Structur (Carcino-sarcom) im Haupttumor, entweder reinsarcomatöse oder reincarcinomatöse Heerde in der Nähe davon in der Lunge, reinsarcomatöse und gemischte Metastasen in Lymphdrüsen, teils reinsarcomatöse, teils gemischte in Pleura und Rippenknochenmetastasen. Danach könnte man wohl das primäre gemischte Auftreten behaupten. Jedoch, anders als im Ovarium z. B., ist das primäre Lungensarcoma weit seltener als Carcinoma, und falls das erstere vorgekommen, so ist es meist kleinzelliges Rundzellensarcom oder Spindelzellensarcom, während wir hier ein grosszelliges polymorphzelliges Rundzellensarcom vor uns haben, welches auch sonst als eine Mischgeschwulst gewöhnlich wahrgenommen werden soll. Zudem muss das gleichzeitige Auftreten dieses schon seltenen Lungensarcoms mit einem Carcinom noch seltener sein. Nach dieser Erwägung hat sich der Verf. wie *Virchow* und *v. Hansemann* zur Annahme der primären Entstehung des Lungencarcinoms und der secundären sarcomatösen Umwandlung der Stromabindegewebszellen durch den Reiz von Carcinomzellen entschieden, indem er noch ein Mal als

Argumente anführt, dass 1) nicht verhornender Plattenepithelzellenkrebs in der Lunge häufig ist; 2) dass in der Nähe des Haupttumors noch viele reincarcinomatöse Heerde mit einem einfachen zellenreichen Stroma (wohl als ein primitiver Zustand) vorhanden sind; 3) dass das Sarcoma polymorphzellig ist; 4) dass in den vielen Lymphdrüsenmetastasen schon der Charakter der Mischgeschwulst durch die allmählige Reduction des carcinomatösen Anteils verloren gegangen ist, d. h. je entfernter die Metastasen vom primären Hauptheerde liegen, desto mehr sarcomatös werden sie.—Diese letztere Thatsache darf wohl als einen ontogenetischen Beweis für das experimentelle (*Ehrlich-Apolant*) phylogenetische Ueberwuchertwerden des primären Carcinoms vom secundären Sarcoma erachtet werden.—

(*K. Yamagiwa.*)

癌　第二年第二冊目次

○原　著

○鷄ノ癌樣新生物ニ就テ—第一—第五圖板—……京都醫科大學教授　醫學博士　藤浪　鑑…三八九
○直腸癌ト日本住血吸蟲々卵トノ關係……海軍々醫少監　遠藤德之介…四四一
○遠藤氏論文ノ後ニ附記ス……東京醫科大學教授　醫學博士　山極勝三郎…四四九
○膵臟癌ニ就テ—附表一枚……京都醫科大學猪子外科教室ニ於テ…陸軍一等軍醫　醫學士　室谷脩太郎…四五一
○同一乳腺内ニ二種ノ上皮細胞性腫瘍ヲ發生シタル一例……東京醫科大學病理學教室ニ於テ…志願助手　今村隼稻…五〇五
○部分的自然治癒現象ヲ示セル扁平上表癌ノ一例……東京醫科大學病理教室ニ於テ……醫學士　木村敬義…五二八
○惡性ジンチ、オーム非上皮細胞腫論—第六—第七圖板—……永樂病院「プロゼクトール」　大槻滿次郎…五四七
○肺ニ於ケル惡性混合腫瘍ノ極メテ珍奇ナル一例（肉腫性癌腫）ニ就テ—第八—第九圖板—……東京醫科大學病理教室ニ於テ　醫學士　貴家學而…五七四

癌

第二年第二册目次

○ダルラ、フヮベラ、色素母斑ノ知見增補……六四五
○デベルナルディ、睾丸ノ類畸形腫ニ就テ、大細胞性及ビ睾丸雜腫瘍ノ意義補遺……六四六
○スチルリング氏、移植ニ就テノ試驗（副卵巢ノ造構及移植ニ就テ）……六四七
○ブルクハルド、卵巢移植補遺—家兎ノ睾丸內卵巢移植……六四八
○ブレンチル、フリック、濾胞性卵巢腫……六四九
○ハンス、アルブレヒト、子宮ノ癌—肉腫ニ就テ……六五〇
○ラバン、女性生殖器ニ於ケル一種ノ中腎性腫瘍ニ就テノ研究……六五〇
○オルト惡性上皮性腫瘍ノ名稱ニ就テ……六五一
○ホツシユ、肝臟ニ囊腫狀轉移ヲ起セル胃ノ原發肉腫……六五二
○ゲー、ヴエルガー、囊腫性乳腺炎ト乳癌トノ關係……六五三
○マストロシモ子、肉腫ノ髓板（巨大多核細胞）ハ血管形成性細胞ナリ……六五四
○ロンドニー、腫瘍內彈力組織ノ造構ニ就テ……六五五
○アー、インギール、所謂「卵巢濾胞腫」ニ就テノ解疑批評的追補……六五六
○エム、シユワープ、癌變性ヲ營メル多發性子宮腺腫性筋腫……六五七
○アー、シユッエー、四十歲無妊婦ノ子宮ニ於テ癌腫瀰蔓性腺腫及結核ヲ合併シ傍ラ子宮內ニ「プザモーム」體ヲ形成シタル稀有ナル一實驗……六四七
○エフ、シエンク、アー、ジッツェンフライ、胃、卵巢及子宮ニ併存スル癌腫（特ニ手術的療法及

○癌研究會々報

○理事會記事……六二三
○國際癌研究會記事……六二三
○理事會記事……六二七
○評議會……六二八
○會員異動……六二八
○國際癌研究會ノ成立……六二九

○抄　錄

○アントン、スチッケル、地方病的癌……六三七
○エンリコ、マルチニ、黒色素肉腫ノ臨床的並ニ病理解剖學的知見增補……六三七
○エルドハイム、癌珠内骨及結締組織封入ニ就テ……六三八
○ミルレル轉移性ヲ有スル神經細胞性神經腫ノ一例……六四〇
○ノイベルグ、黒色腫ノ化學的知見……六四一
○ウイーチング及ビハンデイ生理的及ビ病理的「メラニン」色素沈着及ビ「メラノブラストーム」ノ表皮性起原ニ就テ、膽嚢ノ原發「メラノブラストーム」……六四二

原著

○鷄ノ癌樣新生物ニ就テ（Ueber karzinomatöse Neubildungen bei Hühnern.）—第一—第五圖板—

京都醫科大學教授　醫學博士　藤浪鑑

（一）緒言

腫瘍ノ研究ニ當リ、『比較病理解剖學』的材料ヲ用キルハ、亦實ニ緊要ノ事ニ屬シ、余モ屢其ノ必要ヲ揚言シタリ。余ハ夙ニ此ノ種ノ材料ヲ諸階級動物ニ求メテ、未ダ多ク獲ル所無ク、歐洲ニテ喧傳セラルヽ彼ノ「マウス」癌ノ如キモ、未ダ本邦ニ於テ之ヲ手ニスルコト能ハズ。因テ探求ヲ養鷄所ニ及ボセリ。蓋シ我邦ニテハ養鷄ノ業盛ニ行ハレ、病鷄ヲ出スコト亦多ケレバ、其ノ中ニ亦癌ノ『比較的研究』ノ資トナスニ足ル者

組織的所見ニ關シテ）……六五八
○エム、ペンケルト、異常ナキ卵巢ニ附着セル兩側纖維囊腫……六五九
○アドレル、稀有ナル卵巢變化—廻轉狀卵巢及卵巢ノ管內纖維性腺腫……六五九
○アウグスト、ステーヘリン、原發性胃肉腫ノ例證的追加……六六〇
○エンゲル、重症血液病ト惡性腫瘍トノ組織發生上ノ關係ニ就テ……六六一
○ヂョン、アルキンドワー、癌ノ原因並ニ「トリプシン」療法……六六二
○アントン、スチッツケル、惡性腫瘍ニ對スル「アトキシール」及異種屬蛋白質ノ影響……六六二
○エ、フアルク、癌腫ニ胎盤血液ノ注射……六六五
○バシユフオード、マレー及バーランド、癌腫ノ實驗的研究成績……六六七
○カバルヂ、アヒール、二十年ヲ經過セル切斷端ニ於ケル肉腫……六六八
○カール、リッテル、手術ヲ施コスベカラザル腫瘍ノ人工的充血療法ニ就テ……六六八
○オスカル、オルト、肉腫ト創傷……六六九

○歐文抄譯

○原著獨乙文抄譯……醫學博士　藤浪鑑……六五
同……醫學博士　山極勝三郎……六九

ヨリ、意ノ如ク筆ヲ運バシムルヿ能ハズシテ、自ラ頗ル隔靴ノ感ニ堪ヘズ、又此ノ記述ハ勢ヒ前報告ト重複スル所多キヲ免レズ、異日更ニ之レガ續稿ヲ出シ、缺漏ヲ補足センコトヲ期ス。

(二) 鷄ノ『癌樣新生物』ヲ人體腫瘍ニ比スル所以

蓋シ『腫瘍』トハ原因上ノ命名ニ非ズ、又必シモ明確ナル一定ノ組織發生ヲ示ス者ニ於テノミ許サル、命名ニモ非ズ。(腫瘍ニシテ組織發生ノ十分ニ明カナラザル者亦タ之レアリ。)現今ニ於テ『腫瘍』ト稱スル者ハ、主トシテ一定ノ解剖的標徴(肉眼的像、組織的像、增殖ノ態度等)ニ據テ下ス概括的ノ名稱ニ過ギザルナリ。

余ガ玆ニ鷄ノ『癌樣新生物』トシテ總括スル者ハ、必シモ皆ナ同一物ニ限ラズ、又人體腫瘍ト全然同一ナリト謂フニ非ザレモ、一般ニ左ノ性狀ヲ通有スルガ故ニ、人體腫瘍ノ比較研究的材料タルヲ得。

(一) 一定ノ細胞(或ハ組織ト云フモ可ナリ)ノ新生增殖ガ盛ニシテ、是レ病變ノ主ナル者ナリ。

(二) 其組織ハ健的組織ニ見ル者ト其面目ヲ異ニセリ。

(三) 肉眼上及ビ鏡檢上四周ニ對シ多少限界アルヿヲ示セリ。

之レ有ル可ク、又種々ノ實驗ニモ便宜多カル可シト信ジタルガ故ナリ。

斯クテ明治三十八年一月以來、幸ニ若干ノ材料ヲ得シカバ、既ニ其所見ノ一班ヲ記述シタリキ（明治三十九年、三浦守治先生祝賀論文集）。爾來尚材料ノ蒐集ヲ絶タザリシモ、得ルトコロ未ダ多カラズ、且ツ他ノ作業ノ爲ニ妨ゲラレテ、此ノ研究ヲ未ダ豫期ノ如ク進マシムル能ハザリキ。

サレバ此ノ研究ハ、余ニ取リテ決シテ完結ノ者ニ非ズ。研究ノ尚半途ニ在ル者、思想ノ未ダ確マラザル者少カラズ。從テ今後ニ於テ尚多ク材料ヲ集メ、研究ヲ繼續ス可キ者新興ス可キ者亦甚ダ多シ。サレバ今强テ全者ヲ纏メテ世ニ問フハ、自ラ尚其時期ニアラザルヲ知ルナリ。且『比較研究』ノ妙所ハ、啻ニ一動物ニ於ケル病變ヲ記載スルニ止マラズシテ、同一病變ヲ諸階級動物ニ檢シ、其病變病機ノ異同ヲ相比較スルニ在リ。而シテ余ノ企テタル本研究ハ、尚甚ダ幼稚ニシテ、茲ニ達スルノ途モ亦頗ル遼遠ナリ。コモ亦余ノ自覺スル所ナリ。但シ山極教授ハ余ニ諭スニ『今日迄研究シタル所丈ケニテ宜キ故』、業報『癌』ノ爲ニ記述ス可キヲ以テセリ。恩師ノ命余敢テ違背スルヲ欲セズ、且ツ此ノ種ノ研究ガ今後振興サルヽコトハ、余ノ衷心ノ願ナルガ故ニ、先ヅ『隗ヨリ始メン』ガ爲ニ、茲ニ余ガ所見ノ一端ヲ說ク可シ。サレド上述ノ理由ニ

(四) 著明ノ腹水アル者是レ比較的多數ナリ。

而テ新生物ノ成育強盛ナル者ハ、大抵何等カノ病徴ヲ外景ニ留メ、且ツ衰弱亦著シ。但シ外ニ現ハル、標徴ニ據テ、直ニ本病變ヲ生前ニ確診スルニ足ル特異ノ者無シ。腹水ノ如キモ、本材料以外ノ者ニ亦タ多カリキ。

雌雄ノ關係。余ノ獲タル者ハ悉ク牝鷄ナリキ。多少ノ疑ヲ以テ雄鷄ヲ檢シタル者モ、皆本病變ト相異スルコヲ示セリ。

余ハ雄鷄ニ於テ同樣若クハ類似ノ疾患ノ有無ヲ斷言シ得ズ。經驗アル屠鷄者ハ曰ヘリ、牝鷄ニテ見ルガ如キ腹腔內腫瘍狀物ハ雄鷄ニ無キコロト。又他ノ人ハ曰ヘリ、雄鷄ニモ有レ𪜈、牝鷄ニ比シテ甚シク稀有ナリト。若シ果テ其ノ言ノ如クナリセバ、新生組織發生ノ上ニ、參考トス可キ事ナレ𪜈、今直ニ之ヲ以テ立論ノ基礎トスルハ、浮薄ノ嫌無キニ非ズ、尙今後ノ經驗ニ徵ス可シ。サレ𪜈通例多ク牝鷄ニ於テ見ル者ナリト謂フハ、敢テ誣妄ノ言ニ非ズト考フ。

年齡 余ノ檢シタルハ、皆ナ年長ケタル者ノミナリ。

種類 余ノ檢シタル者ハ、總テ最モ普通ニ見ル鷄類ナリ。本病變ハ敢テ特別ノ鷄種ニ限ラル、ニ非ザル如シ。

○余ガ今日迄本病變ノ疑ヲ挿ミテ剖檢セシ病鷄、並ニ臟器ノ送附ヲ受ケシ者ハ、凡ソ百五十許リニ上レリ。（比較參考ノ爲メニ檢査セシ他ノ病鷄及ビ健鷄、幼鷄幷ニ試驗用ニ供セシ鷄ハ之ヲ算入セズ。）其中ニ就テ、肉眼的

此ノ點ハ人體諸病變中、腫瘍ニ見ル所ノ態度ニシテ、且ツ

(四) 其ノ新生組織ヲ構成スル細胞ノ形態及ビ排列ノ狀ハ『組織形態』上、所謂『上皮性』ヲ示スヲ、並ニ其増殖ノ態度ガ強盛ナルヲ、ハ、人體癌腫ト同樣若クハ酷似ナルガ故ニ便宜上一括シテ『癌樣新生物』ト稱セリ。

(三) 研究材料ノ蒐集ニ就テ

材料ノ最大多數ハ『病鶏』トシテ生キナガラ余ニ送附シ來リシ者(少數ノ者ハ死後ニテ、若クハ單ニ臓器ノミノ送附ヲ受ケタリ。)ニシテ、剖檢ノ結果本材料ニ使用セシハ、其中ノ一少部分ニ過ギズ。此ノ本材料タル病鶏ニ就キ、生前ニ見タル所ハ凡ソ左ノ如シ。

(一) 生前、全ク健康狀ナリシガ、剖檢ノ際偶然ニ病變ヲ見出シタル者、亦無キニ非ズ。

(二) 生前、敢テ局所ニ格別ノ變化ヲ示サズ、唯僅ニ全身衰弱ノ徴アリシ者。

(三) 腹部膨大スルカ若クハ其大サニ異變無キモ、腹腔内ニ塊アルコトヲ觸知セシムル者。

圖表ニ作リシ者モ、甚ダシキ必要無キガ故ニ、之ヲ掲ゲザル可シ。故ニ玆ニハ所見ヲ概括的ニ記述スルコトヽセリ。

主ナル肉眼的病變ハ、

一　卵巢ノ增大スルコト、

二　腹腔漿膜面（腸間膜、輸卵管膜等）ニ結節（若クハ磊塊）ノ新生スルコト、

三　一定ノ他ノ臟器（主ニ肝、肺及脾）ニモ同樣ノ結節ノ發現（余ノ前報告以後ニ於テ、殊ニ此種ノ所見ニ接セリ。是レ本報告ニ於ケル主ナル追加ノ一ナリ。）

ニ在リ。而テ此ノ增大セル卵巢若クハ新生結節ハ、主トシテ組織形態上『上皮性』ノ組織增生ヲ現ハセリ。

上述ノ主變ハ、各例ニヨリテ發現ノ狀ヲ同フセズ。余（及林）ハ曾テ通覽ヲ便ニスル爲ニ四種ニ類別セシコトアリテ、今固ヨリ之ヲ用ユ可キモ、爾來尙ホ新型ヲ得タレバ、玆ニハ左ノ五類トシテ、更ニ之ヲ說ク可シ。（是レ亦固ヨリ便宜上ノ類別ニ過ギザルナリ。）

（一）卵巢ノ增大顯著ニシテ、且ツ腹腔漿膜面ニ多數ノ小結節ヲ示ス者。（第一類）

此ノ類ノ者ハ三十二例中、十二アリ。

卵巢ハ其ノ實質（ダイト）密充實性）ニシテ、硬度稍ナル大塊ナナシ、此ノ增大ハ通例卵巢全者ニ亘リテ存シ、稀ニハ其半部若クハ三分ノ二部ニ之レヲ見ル。大サハ梅實大乃至手拳大以上ナリ。表面ハ顆粒

ニ顯然『腫瘍像』ヲ呈シ、且ツ下章述ブルガ如キ一定ノ所謂『上皮性』組織形態ヲ有スル者、又肉眼的ニ『腫瘍像』ヲ現ハスヿ甚ダ著明ニハ非ザルモ、同様ノ組織新生ヲ示ス者ヲ撰擇シ、三十二例ヲ得タリ。是レ下文記述ノ主材料ヲナス者トス。但シ此ノ數ハ未ダ之ニ據リテ本病變ノ多少ヲ測定ス可キ標準トナスニ足ラズ。何トナレバ材料蒐集ニ當リ幾多ノ偶然事ニ遭遇スルヿアル可ク、又諸養鷄所ニ於テ健鷄及ビ病鷄一般ニ對スル比例ヲ統計的ニ算スルニ由無ケレバナリ。サレド尙之ニ據リ、本病變ガ甚ダ稀有ノ者ニ非ザルヲ知ルニ足ラン。

(四) 病理解剖的所見。病變發現ノ狀態一般(上)

主ナル肉眼的變化。病變發現狀態ノ五類別。

上述ノ三十二例ハ、必シモ皆全然同一ノ病變ノ者ノミニ非ズ。肉眼的所見ニ於テモ、又鏡檢像ニ於テモ多少相異レル者アリ。只第二章ニ述ベタル見地ヨリシテ輯集一括セシニ過ギズ。

今先ヅ其解剖的所見ヲ說ク可シ。

今此ノ三十六例ヲ一々解說記載スルヿハ、徒ニ讀者ヲ煩ハスニ過ギザレバ、之ヲ畧ス可シ。各例ヲ

テ形體ハ小ナル者(第三類)

此ノ類ノ者ハ三十二例中、十二アリ。

而テ注意ス可キハ、此卵巢中ニモ、亦タ多少ノ『上皮性』細胞索アルヲ鏡下ニ認メシムルヿナリ。此ノ事ハ殆ド總テノ例ニ於テ然ナリ。サレバ亦タ前者ニ對シテ斷然タル區界ヲ劃シ得ザル者ト謂フ可シ。又卵巢ノ增大、非增大ト謂フモ、其間ニ區劃ヲ立テ難キ者アリテ、中ニハ(二)及(三)ノ中間像ト稱ス可キ者一—二例アリ。

(四) 卵巢ノ形及ビ大サ尋常若クハ寧ロ小ニシテ、腹腔漿膜面ニ少數或ハ多數ノ磊塊狀結節狀新生物ヲ着セリ。此點ハ(三)ト同樣ナルモ、其磊塊狀物殊ニ著明ニシテ、其外觀ニ多少ノ特色アリ、且ツ組織像モ他ニ對シテ多少ノ異狀アル者ナリ。(第四類)

此ノ類ノ者ハ三十二例中、四アリ。

十二指腸係蹄部及ビ其他ノ腸管外壁、腸間膜、輸卵道ノ外壁或ハ輸卵管膜ニ於テ、一箇若クハ三—四箇時トシテハ亦多數ノ磊塊狀新生物ヲ着シ。其中ニハ他例ニ於テ見ザル短莖ヲ備ヘテ附着スル者アリ。或ル一例ノ如キハ單ニ唯一箇胡桃大ノ有莖腫瘤ヲ十二指腸係蹄部ニ附着セシメ、他ニ結節ヲ認メシメズ、又卵巢ニモ異變無キ者ナリシ。

此組織像ハ他ト相似テ組織形態上亦ハ『上皮性』ヲ示スモ、囊腺腫狀ヲ形成スル傾向多キヿ他ト異リ。且ツ其腫瘤內ノ組織ニハ圓形細胞ノ集積、壞死等ヲ示ストコロ比較的多シ。(甲第三圖ヲ見ヨ)

狀、葡萄狀、塊狀チナスモ、其ノ個々ハ概ネ形小ニシテ實多クハ充實性マヽ淡色ノ軟胞チ混ズ。顯著ナル卵胞チ見ルヿ少ク、之アルモ形小ナルチ常トス。割面ハ色淡灰白乃至帶黃淡灰白、時トシテ色稍紅キヿアリ。

漿膜面ニ於ケル結節ハ粟粒大乃至豌豆大ノ者チ多數ニ見ルモ、又大豆大乃至指頭大ノ者アリ其ノ限界或ハ甚ダ顯著ナルアリ、或ハ否ラザルアリ。硬度多クハ軟ニシテ、色モ上述卵巢割面ト同ジキチ多トスルモ。亦稍軟ナルモノアリ、色又タ斑狀ニ淡紅ノ者アリ」腸間膜ノ肥厚癒着チ伴フ者アリテ、此レ強ケレバ結節形體ノ著明ナラザルヿ多シ。結節ノ發現部ハ、腹膜面、殊ニ腸間膜及ビ其腸管附着部、腸管外壁、膵臟部、輸卵道ノ外壁、輸卵管膜等チ以テ最モ著シキ處トナス。

(二) 卵巢ノ增大ガ主變ヲナシ、漿膜面ノ結節不明ナル者(第二類)

此類ノ者ハ三十二例中三例アリ。

卵巢增大ノ像ハ(一)ニ於ケルト同ジ」而テ只一例ニ於テハ卵巢增大ノ狀稍異レリ。即チ大サハ鷄卵大以上ニ達シ。表面ハ不平等ニ圓ク、一般ニ滑ニシテ、只極メテ淺キ凹凸面チ呈スルニ過ギズ。而テ大ナル部ト小ナル部トヨリ成リ、其中間ニ位スル所ニ、唯少數ノ次粟粒大、粟粒大ノ卵胞チ示セリ。(甲第二圖チ見ヨ)

但シ此類中ノ一例ニテハ、腸間膜面殆ド全ク平滑ナルモ、他ノ二例ハ皆多少ノ腸間膜ノ肥厚癒着チ呈スルガ故ニ、結節新生チ分明ナラシメザル憾レアリ。而カモ場合ニヨリテハ、其肥厚腸間膜組織中ニ「上皮性」組織形態チ有スル新生組織チ見ルヿアレバ、(一)ニ對シ全然面目チ異ニスル者トハ謂ヒ難シ。

(三) 結節ヲ漿膜面ニ見ハシ(多クハ多數ニ)卵巢ハ肉眼上增大ヲ示サズ、若クハ却

肉眼的ニ認メ得ル病變蔓延ノ狀。『轉移』竈

上記ノ如ク、病變ノ主ナル者ハ卵巢ニ見ルノ外、腹膜腔漿膜面ニ現ハル。而テ後者ニテ其結節ノ狀著明ナレバ、恰モ人體腫瘍ノ漿膜面『播種』ト其觀チ同フス。而テ其蔓延ノ態度チ組織的ニ詳說スルヿハ、之チ後章ニ讓リ。今玆ニ述ブル所ハ、肉眼的ニ見ハルヽ範圍ニ於テ、本病變ノ蔓延ガ何如ノ臟器ニ在リヤノ問題ニ就テナリ。

腹腔漿膜面ニテ、病竈ガ諸臟器ノ外壁ニ進入スルヿヲ、肉眼的ニ認メ得ル塲合少カラズ。

後章組織像ト相參照ス可シ。又此進入ノ關係チ見ザルヿアリ。又之アルモ容易ニ然カク認識シ得ザルヿアリ。殊ニ腸管壁自個ニ肥厚アル者、腸間膜肥厚シ腸管癒着チ營メル者、輸卵管自個ニ肥厚アル者ニテハ、此關係チ分明ニ認ムルニ困難ナリ。

此臟器ハ殊ニ膵、腸管壁、輸卵道壁、稀ニハ胃壁、及ビ肝臟（只二例ノ）、脾臟（只一例ノ）ナリ。而テ斯ク腹腔漿膜ヨリ連續的ニ進入スル者ノ外ニ、組織的同一ノ病竈ヲ他ノ遠隔地、若クハ內臟實質ノ內部ニ認ムルヿ、恰モ人體腫瘍ノ『轉移竈』ト全ク其觀ヲ同クスル者アリ。是レ上章ニモ附記セシ如ク前報告ノ際ニハ未ダ目擊セザリシ緊要ノ新事實ナリトス。

此ノ臟器ハ、肝、肺、脾ナリ。之ヲ見ハス者ハ三十二例中五例ニシテ、皆ナ余ガ近時ノ

卵巣ハ肉眼的、鏡檢的共ニ「上皮性」新生組織ヲ示サザル者アリ(四例ノ中二例然リ)。又鏡檢的ニ此新生組織ヲ卵巣内ニ認メタル者アリ(四例ノ中二例)。

(五) 卵巣ハ多數ノ大ナル有莖囊胞ヨリ成リテ其他ノ部ハ頗ル縮小セリ。而テ肝臟漿膜下及ビ實質中ニ多數ノ「囊腺腫」狀竈ヲ着スル者。(四)ト相似同ノ組織像ヲ示スモ、尚多少ノ差異アリ。

此類ノ者ハ三十二例中、唯一例アルノミ。

其ノ他、腸間膜ハ滑澤。腹水無シ。輸卵道ノ壁ニ特異ノ肥厚無シ。卵巣ノ有莖囊胞ハ形、球狀ニシテ概子拇指大、胡桃大ナリ。此レ卵胞ノ變化ニ由來セル者ニシテ、内ニ卵黄無ク、畧ボ透明ノ稀薄漿液若クハ稀薄粘液樣乃至膠樣液ヲ充セリ。此ノ卵巣囊胞ノ壁ハ非薄ニシテ緊張シ、成熟セル卵胞ノ外膜ト其觀ヲ齊フス。肝ノ新生組織竈ハ、多數アリテ、豌豆大、乃至胡桃大ニシテ多ク相連レリ。大ナルモノハ多房囊腫狀ヲナシ突出セリ。皆主ニ左葉ニ見ハル。此病竈ノ割面ハ或ハ實、充實性ニ見エ、或ハ(大ナルモノハ)海綿狀ニ見ユ。

○以上ハ主ニ肉眼的所見ニ依リ、且ツ之ニ組織像ヲ參照シ、便宜上類別(必シモ各類別テ全然相異ルト謂フニ非ズ)ヲ企テタル者ナリ。但シ之ニ據リテ病變發現ノ狀態一般ヲ察ス可シ。但シ余ノ實驗ハ尚甚ダ多數ニ非ザルガ故ニ、茲ニ說クトコロヲ以テ完備ノ者トハ信ゼズ。他日尚ホ補足スルトコロアル可シ。

((五)) 病理解剖的所見。病變發現ノ狀態一般(中)

セザリシガ故ニ、或ハ本病變ニハ此事無キ者ニヤト疑ヒタリシガ、今此像ヲ目擊シ、前キノ疑ヲ一掃シタリ。

（甲第壹圖ノ（ヘ）、（リ）。甲第四圖。甲第五圖ヲ見ヨ）

（六）病理解剖的所見。病變發現ノ狀態一般（下）

上述新生組織以外ノ病變。

上述ノ主病變以外ニ、尙注意ス可キ他ノ病變ヲ伴ヘリ。

（1）腹水。

量凡ソ五〇乃至五〇〇立方仙迷透明、稀薄淡黃色、反應「アルカリ」性、比重一〇〇五乃至一〇一五。肉眼的ニ異物ヲ混セズ。唯時トシテ米粒大乃至豌豆大或ハ尙大ナル卵黃塊（卵胞ノ變化セル者）ヲ少數ニ入ルコアリ。鏡檢的ニハ唯稀ニ白血球、圓形細胞、骰子狀細胞或ハ圓柱狀細胞、赤血球等ヲ認ムルコトアリ。透明ノ液中ニ體細胞以外ノ原生動物其他ノ么微生體ヲ證明シタルコト無シ。」腹膜面ニ滲出性炎アル場合ニ於テ、液ノ混濁ヲ見タルコトアリ。又カヽル炎（コトニ急性）症ヲ認メズシテ、亦液ノ混濁スルモノアリ。」稀ニハ液ノ色褐赤ヲ帶ブ。

腹水アル者　二十五例。

腹水無キ者　五　例。（第一類ノ者二、第二、第三、第五類ノ者各一。）

實驗ニ係ル左ニ圖表トシテ一覽ニ供ス可シ。

		肝	肺	脾
一	第四章ニ云第一類ニ屬スル者	左右葉内ニ多數ノ限局性、粟粒大、豌豆大結節アリ。是レ往々相連リテ稍大ナル竈チナスコトアリ。	左右肺トモニ數箇粟粒大結節チ漿膜面及内部ニ認ム。	
二	全右	(漿膜下ニ二三小豆大ノ結節チ有ス。恐ク漿膜面ヨリ進入シタル者)。		形大トナリ。内ニ拇指頭大ノ結節チ入ル脾實質ハ壓迫チ受テ萎小セリ。
三	全第二類ニ屬スル者	右葉内ニ指頭大ノ者、左葉内ニ豌豆大結節三―四アリ。	左右肺トモ粟粒大結節チ内部ニ認ム。	
四	全右	右葉下端ニ小指頭大結節チ肝臟内部ニ認ム。此處肝臟組織ハ萎小セリ。		
五	全第三類ニ屬スル者	左葉内ニ一箇大豆大結節アリ。又同葉漿膜面ニ數箇粟粒大結節アリ	(檢査チ缺ク)	
六	全第五類ニ屬スル者	右葉内ニ、二―三豌豆大結節アリ、左葉内ニハ多數ノ大ナル結節相連ナリテ、此葉ノ大部分チ占ム。		

即チ肝臟ニ來ル者尤モ多ク、肺臟之レニ次グ。此ノ事亦タ人體腫瘍轉移竈ニ於テ見ルトコロト同調ナリ。(其組織像ハ、常ニ卵巢内若クハ漿膜面ノ結節ニ見ルトコロト全ク同一ニシテ、之チ人體腫瘍ニ於ケル者ト比シ「轉移竈」トナスニ妨無シ。)

蓋シ余ノ前報告ヲ出ス迄ハ、曾テ明白ニ人體腫瘍轉移竈ニ比ス可キ現象ニ遭遇

但シ此種ノ變化ハ結節狀新生組織ヲ有セザル他ノ病變ニモ見ルトコロ（慢性腹膜炎間膜炎）ナリ。

此二項ハ諸例ヲ通ジテ殊ニ吾人ノ注意ヲ惹キシトコロナリ。其ノ他本病例中ニ於テ、

(ハ)腹腔漿膜ニ炎性滲出ヲ伴フ者（纖維素性漿液性炎）二例アリ。○（**ニ**）一—二例ニ於テ**輸卵道壁ノ甚シク肥厚セル者**、（中ニハ一見腫瘍カト疑ハルヽ者アレド、其區界全ク移行的ニシテ、增生セル正型ノ腺組織ヨリ成リ、單ニ組織增生ト見做ス可キナリ。）○（**ホ**）**輸卵道**（子宮部）ト直接シテ、輸卵管膜ニ筋腫形成セル者。○（**ヘ**）**腸壁肥厚シテ其一部ガ腫瘍狀ヲナシ突出スル者**（組織ハ主トシテ結締織纖維ヨリ成ル。纖維腫ト稱シ得ラルヽ者。）等、亦稀ニ本病變ト同時ニ見ルコトアリ。

(ト) 變化セル卵黃ヲ內容トスル有莖ノ腫瘍樣物ガ、少數ニ腹腔漿膜面（例之ハ腸管ノ外壁腸間膜等）ニ附着スルコトアリ。（米粒大、蚕豆大、指頭大、胡桃大ニシテ、形ハ不正球狀、不正圓錐狀ヲナシ、莖部ハ細ク、反對側ハ廣ク銳圓ヲ呈セリ。色ハ黃紅。硬度ハ鞏或ハ軟ナルモ、全然囊胞狀ニハ非ズ。又此莖部見ヘズ全者類圓形ヲナス者アリ。割面ハ汚穢黃色ヲ呈シ、間マ不正形紋理又ハ重層ヲ示ス者アリ。細胞新生組織ニ非ザルコトハ鏡下ニテ確メシ所ナリ。）斯ノ如キハ往々他ノ牝鷄ニモ見ルトコロニシテ、（時ニ又著大ノ囊胞狀ヲナス者アリ）本材料中、又之ヲ數例ニ於テ認メタリ。是レ蓋シ卵胞ヨリ由來セシモノナリ。○（**チ**）又タ粟粒大ノ卵胞（若クハ其變化セシモノ）ガ卵巢附近或ハ遠隔ノ漿膜面ニ附着スルヲ見シコト

不明ナル者　二　例（臓器ノミノ迭附テ受ケタル者ノ中ニテ腹水ノ有無不明ナリシ者。）

腹水ハ最モ多キ共發ノ變ナリ。然レ𪜈顯然タル結節多數ニアリテ、而カモ腹水全ク無キ者アリ。サレバ腹水ハ必發ニ非ズ。且ツ腹水アル例ハ通例腸間膜ニ多少ノ肥厚、癒着、退縮ヲ伴フ者ニ見ルトコロニシテ、腹水無カリシ例ハ、多クハ腸間膜ニ上述ノ變無クシテ唯ダ結節ヲ着セシ者ナリ。（但シ多少ノ腸間膜肥厚等アリテ、尚ホ腹水ヲ缺ク者亦無キニ非ズ。）サレバ腹水ハ腸間膜變ノ結果ト見做ス可ク、新生組織形成ニ當リ、最初ヨリ著シク共發スル者ニハ非ザル可シ。（腹水アリテ、本病變無キ例亦少カラザルヿハ亦特記スル價値アリ。）

腸間膜ノ肥厚、退縮、腸管癒着。（其度ハ種々ナルモ、其最モ強キ者ハ腸管壁肥厚シ、相互ノ間ニ顯著ナル癒着ヲ呈シ、全腸管ハ相圍結セル塊狀ヲナスニ至ル。而テ其輕度ノ者ハ癒着退縮ノ狀、餘リ分明ナラズ。）

（ロ）

此レ亦必發ノ病變ト謂フニ非ザレ𪜈、多少ノ度ニ於テハ多數ノ者ニアラハル。

著シク此變アル者。　十一例。（此中ニテモ甚シク高度ノ者ハ三―四ニ過ギス。）

至テ輕度ナル者。　十四例。

全ク（或ハ殆ド全ク）無キ者。　七　例。

蓋シ腹膜面ニ新生組織結節見ハルヽ所ニハ、之ニ伴フテ、多少ノ漿膜面肥厚アリ。サレバ上述ノ三者ノ間ニ固ヨリ斷然タル區界ヲ劃シ難シ。腹水トノ關係ハ上文ニ述ベタリ。

蓋シ此ノ組織形態ニヨリ、茲ニ吾人ハ一括シテ『上皮性』ト謂フモ、之ヲ組織發生上ニ必シモ同一ノ起源ノ者ナリト謂フ意義ニハ非ザルナリ。

又此ノ組織像ノ類別ハ、第(四)章ニ述ベタル類別ト相一致スルモノニ非ラズ。但シ第(四)章ノ第四類、第五類ノ者ハ、他ノ類ニ對シテ多少特色アル組織像ヲ示スモ、是レ全然特異ナル性質ト云フ程ニハアラズ第一類、第二類、第三類ノ者ハ、各例相互間ニ多少ノ組織像ノ差異アルモ、各類ニ依テ相異ル組織像ノ特色トテハ、之レアラザルナリ。

今此ノ組織像ヲ各例ニ就テ一々記載スルノ煩ヲ避ケ、全者ヲ總括シ且ツ類別シ、之ガ所見ヲ述ブ可シ。

本病例ニ於ケル增大セル卵巢、肉眼的增大セザル者又萎小セル者ニテモ、亦同樣ノ『上皮性』新生細胞索又ハ管ヲ見ル。諸所漿膜面ニ於ケル結節、肝、脾、肺等ノ結節、幷ニ肥厚腸間膜等ニ於ケル新生組織ハ、茲ニ謂フ『上皮性』細胞索(或ハ管)ヨリ成リ、最モ多クノ場合ニ於テハ、是レ密ニ茂生セリ。時トシテハ著シク囊腔狀ヲナス者モアリ。

(甲)『上皮性』細胞索(或ハ管或ハ細胞團)ノ組織的形態

縱(ヨ)シ相互間ニ形態ノ移リ行クアルモ便宜上、余ハ茲ニ大別シテ左ノ三型ニ分ケテ說ク可シ。(茲ニハ形態ノ最モ著明ナル者ノミヲ取レリ)。

アリ。

尙ホ共發ノ病變ヲ一々枚擧スルハ、本論著ノ目的ニ非ザルガ故ニ、茲ニハ唯顯著ノ事項數者ヲ記載スルニ止ム。

(附言)。鷄ニ於テ人體腫瘍ト同樣ノ形態ヲ有シ、其組織ガ一定ノ細胞ノ新生增殖ヨリ成ル者ハ、本病變以外ニ異種亦タ之レアリ。余自己ノ實驗ノミニ徵スルモ、余ガ稻本學士ト共ニ蒐集セシ鷄ノ肉腫既ニ數例ニ上レリ。此レ亦特ニ趣味多キ比較的研究材料ナレバ、目下同氏ト共ニ之ガ研究ニ從事シ居レリ。

(七) 組織的態度

本病例ノ新生組織ガ『上皮性』ナルコトハ、上文ニモ述ヘタル如ク、諸例ヲ通シテ皆然カナリ。蓋シ『上皮』トハ甚ダ漠然タル名稱ニシテ、正確ヲ缺クノ嫌無キニ非ズ。今茲ニ『上皮性』ト稱スルハ主トシテ其組織形態ニ據リタリ。即チ我カ新生組織ハ、其細胞排列ノ狀ニ於テ、著明ニ所謂ル『上皮性』ヲ示シ、人體腫瘍ノ所謂『上皮性』ナル者(腺腫、腺腫性癌、單純癌腫等)ト比シテ、組織構造ヲ酷似シ、又鷄體ノ諸『上皮性』臟器ノ實質(肝、腎、膵、幷ニ腸腺等)ト相比シテ、細胞ノ形態及殊ニ其排列ノ狀亦頗ル相似タル者ナリ。」

狀索ノ基礎膜ニ當ル者ハ、概子微弱ナリ。時トシテハ之ヲ認メ難キコトアリ。○最モ多クノ場合且ツ最モ顯著ナル例ニテハ、斯ル腺管直ニ相觸接セン許ニ、密ニ併列シ蕃生ス。カヽル場合ニテモ腺管間ニハ細纖ナル結締纖維ヲ見ルヿ多シ。細纖ナル彈力纖維亦染出スルヿヲ得タリ。稀ニハ管壁ノ細胞非薄トナリ、恰モ『內被細胞』狀ヲナスニ至ル者亦無キニ非ズ。

(ロ) 管腔ヲ有セザル充實性細胞索ヨリ成リ、其ノ併列ノ態度ハ前者ト同ジ。其組織像ハ人體ニ於ケル管腔無キ腺腫、單純癌腫ニ似タル狀ヲ示ス。(乙第貳圖ハ其中ノ一型ヲ示セリ)。

是レ(イ)型ノ者ト移行的ニ發現スル者アリ。又病例ニヨリテハ、全ク或ハ殆ド全ク此ノ型ノミヲ見ハスヿアリ。○細胞索ハ或ハ細クシテ、形頗ル整然タル者アリ。是レ雞體組織ニ於テ、膵、肝、副腎組織ニモ比ス可キ細胞併列態度ヲ示ス。或ハ其大サヤヽ豐厚ニシテ、形不正ナル者アリ。後者ハ上述ノ如ク、人體ノ單純癌腫或ハ『腺巢狀肉腫』ニモ似タル狀ヲ示ス。但シ細胞個々ハ直接ニ相比肩併列スルヲ以テ常トス。

細胞ノ形多クハ多角形、骰子狀者クハ類圓形、又ハ短圓柱狀、類圓柱狀ヲ呈ス。其ノ他ノ性狀ハ概子前者ニ於ケルト同ジ。

又少數ノ例ニ於テ、其細胞索豐厚トナリ、其ノ索若クハ胞巢ヲ充實スル細胞ハ、骰子狀或ハ類圓形ヲ呈シ、其核ハ比較的小ニシテ圓ク、可染質ニ富ミ、細胞體ハ淡染或ハ稍濃染シ、時トシテハ亦細微顆粒ヲ有スル者アリ。此者ハ一見他ト甚相異ナルノ觀アリ、サレド亦場合ニヨリテハ其細胞變シテ腺管狀ヲ取ルニ至ルコトアリ。

(イ) 腺管狀ヲ示シ、間質結締織ニ對シテ限界分明ナリ。其腺管ハ密ニ併列シ盛ニ增殖ス。是レ人體ノ腺腫性癌(惡性腺腫)ト一致ノ組織像ヲ有ス(乙第一圖ハ此型ニ於テ長圓柱狀細胞ヨリ成ル部ヲ示セリ。多クノ例ニテハ細胞斯ク長カラズ)。

是レ本病例ノ最多數ニ於テ見ルトコロナリ。而テ同一例中新生組織ハ總テ此ノ型ナノミ示ス者多ケレモ、亦同一例中ノ一部分ニ於テノミ、此ノ像ヲ有スル者アリ。

細胞ノ形ハ楕圓形或ハ圓柱狀(時トシテハ長圓柱狀ノモノアリ)ニシテ、是レ箇々密ニ且ツ直接ニ比肩シテ連リ、管腔ヲ取リ圍メリ。細胞ハ單列ノ¬多ケレモ、又重複列ヲナスコトアリ。此腺管ハ甚ダ整然タル狀ヲ示スコト多ク、單ニ其ノ狀ヲ見レバ鶏體ノ腎ノ腺管ニモ似タリ。サレド又細胞排列ノ狀幷ニ腺管自個ノ形ガ不規則トナル者アリ。管腔ハ分明ナルコト多シ。而テ其ノ大サハ不同ニシテ、或者ハ甚シク小ニシテ殆ド之ヲ見分ケ難ク、唯細胞核並列ノ狀ニヨリテ、此ノ型ノ者ナルヲ知ルコトアリ。又或者ハ甚顯著トナル者ナリ。其甚大ナル者ハ囊腺腫狀ヲナスニ至ルモ斯クノ如キハ稀ナリ。○其管腔中ニ、時トシテハ濃或ハ淡染ノ無構造物(分泌物ニテモアルカノ如キ)ヲ容ル者無キニ非ズ。○細胞體ハ染色或ハ淡或ハ濃、時トシテハ細微顆粒狀ヲ示スコトアリ(場合モヨリテハ此顆粒ニ稍光輝アル者ヲ見ルヲアリ)。其他細胞體中ニ「ズダン」III ニテ赤ク染マル細脂肪粒ヲ有スルコトアリ。「グリコーゲン」顆粒ノ反應ハ只一—二例ニテ試ミタルモ、未ダ確カナル像ニ遭遇セズ。管腔ニ面スルトコロニ纖毛アル者ハ未ダ一回モ認メタルコト無シ。○細胞核ハ楕圓胞狀、球形、橢球形ニシテ、善染シ、形多クハ整然タリ。核内ニハ核小體ヲ認メシムル者多シ。核ノ全者ガ單一色ニ濃染セラルヽモノハ無シ。但シ核ノ可染質ハ種々形ヲ變ズルコトアリテ粗大濃染ノ顆粒狀ヲナスモノ亦之レアリ。○此ノ腺管

カチシニ過ギズ。サレバ各型ノ間ニ形像ノ移行ヲ見ルコアルモ亦怪ムニ足ラズ。

第壹類ノ或者ニテ其組織型一般ニ(イ)ヲ示スモ、其管腔擴大シテ(ハ)型ヲナスノ狀ヲ一部分ニ見タルコアリ。

(乙)間質ノ狀

細胞索(若クハ管)密簇ノ者ハ、其各索間ハ極テ細纖微少ノ結締織纖維アルノミ。時ニ細血管ヲ其裡ニ見ルコトアリ。

細胞索(若クハ管)稍疎ナル者ニテハ、索間ニ纖維性結締織著明ニアラハル。細血管亦見ル可シ。『第四類』ノ者ハ往々『囊腺腫』狀組織以外、之ニ隣接若クハ相介テ、白血球若クハ結締織性圓形細胞ノ多大ノ集簇ヲ見ルコトアリ。又出血ヲ伴フコトアリ。結節ノ一ニ於テ、上述細胞集簇ノ裡ニ、小軟骨竈ヲ見タルコトアリ。

要スルニ、此間質組織形成ノ多少如何ハ、一ハ各例ニ於ケル新生組織ノ性質ニ因ル可キモ、一般ヨリ論ズレバ、速ニ且ツ盛ニ「細胞索」ガ茂生シ進入スルトコロニハ、之ガ發現輕微ナリ。又稀ニ著シキ細胞及漿液ノ浸潤ヲ伴フコアリ。此ハ玆ニ炎症性變ヲ併起シタル者トシテ考フ可シ。新生組織ニ本來固有ナル必發ノ變トハ謂フ可カラズ。一般ニ細胞索ガ新ニ進入スルニ際シ毫モ之ニ對スル組織的反應ノ像(細胞浸潤ノ如キ)ヲ間質ニ示サザルコトハ、至テ屢ナリ。

以上ノ二型ハ第四章ニ謂ヘル第一、第二、第三類ノ諸例ニ見ルトコロニシテ敢テ類ニ依テ特異ノ形態ヲ示スト謂フニアラズ。而テ左ノ第三型ハ即チ第四章ノ第四類、第五類ニ於テ主ニ見ル組織像ナリ。

(ハ) 恰モ『嚢腺腫』ノ組織形態ヲ呈スル者。

共ニ『嚢腺腫状』(若クハ『嚢腺腫性癌』状)ノ組織形態ヲ有スル者ナレ𪜈、第五類ハ第四類ノ例ト、多少其状ヲ異ニスル者アリ。

(甲)其最モ明瞭ナル像ハ「第五類」ニ在リ。此例ニテ腫瘍竈ノ顕著ナルハ肝臓ナリ。肝臓ニ於テ肉眼的ニ其質緻密性ニ見ユル新生組織竈ハ、新生腺管ヨリ成リ、其腺管盛ニ増殖ヲ呈スルモ、(イ)ニ於ケル如クニハ密簇セズ。管腔ハ皆(イ)ニ於ケルヨリモ明瞭ニシテ擴大セリ。管壁ノ細胞ハ短圓柱状、圓柱状、骰子状ニシテ、多クハ單列ナリ。而テ細胞個々ハ密ニ且ツ直接ニ比肩併列シ、核明瞭、核小體、亦認ヲメル。」肉眼的ニ海綿状嚢胞状ニ見エシ所ハ、管腔著シク擴大シ、大小空洞状ヲナシ、其内壁ニハ明ニ上述ノ如キ細胞列アリ。腔ノ内容ハ淡色無構造或ハ細微顆粒状ノ物質ヲ容ル。(乙第三圖)。

(乙)第四類ニテハ、管腔擴大シテ「嚢腺腫」状ヲナスト同一ナレバ、(甲)ト同一型ナルモ、彼ニ比シテ不規則ノ状多シ。細胞ノ形ハ一般ニ骰子状短圓柱状又ハ多角形ニシテ、或ルトコロニテハ單列、或ルトコロニテハ、重疊ヲアラハシ、時トメハ壁ノ外周ニ向テ増生進入スル者アリ。一般ニ細胞ノ形(甲)ニ比シテ小ナル者多シ。第四類例ハ上述ノ「嚢腺腫」状新生組織ノ間質ニ、往々多大ノ圓形細胞集簇ヲ見ハス。管腔内ニハ主トシテ細顆粒状無構造物質、時トシテハ纖維素網ヲ容ルモノアリ。(乙第四圖ヲ見ヨ)

以上ハ形態上孰レモ『上皮性』ヲ示ス者ニシテ、其像ノ顕著ナル者ニ從ヲ、之レヲ分

モ、ゾハ單ニ其腫瘤自個ヲ大ニスルニ止マリ、他ノ漿膜下組織内ニ進入蔓延ノ狀無キ者アリ。是レ即チ其一例ナリ。（同樣ノ組織像ヲ示シ乍ラ、深部迄進入ノ者亦之レ有リ。）

新生組織ガ一タビ發現ノ地ヨリ進ミテ、更ニ隣接ノ異組織或ハ他臟器内ニ進入スルコトハ、亦屢目擊シタル所ニシテ、組織上ニモ確メ得タル所ナリ。「卵巢ノ新生組織ガ直接ニ副腎中ニ進入スルモノアリ。コハ肉眼的ニハ分明ナラザリシ者ナリ。」「其他漿膜面結節ノ組織ガ增殖シテ、腸管壁筋層ニ、腸間膜中、輸卵道壁ノ深部、肝等ニ連續性蔓延ヲナスコトハ、肉眼的ニモ認メタル所ニシテ、鏡檢的ニ亦之ヲ確カメ得タリ。

（ロ）ノ二　此他臟器實質内ニ異組織内ニ新生細胞索ノ進入スル像ニ就テ、特ニ吾人ノ注意ヲ惹キシモノアリ。「新タニ進入セル細胞索（若クハ管）ガ、該臟器ノ實質ト相觸接シ、其臟器内ニハ此進入細胞索ニ對シテ敢テ反應性或ハ反抗性トモ見可キ變（細胞浸潤等ノ如キ）ヲ呈セザルニ至テ多シ。時トメハ兩者ノ間ニ輕微ノ結締織纖維層ヲ見ハスニ無キニ非ザレモ、全ク直接ニ相觸ルニ亦甚ダ多シ。（例之ハ進入ノ上皮性細胞ト膵臟實質ノ腺細胞索ト直ニ相觸接スルガ如キ）而テ此進入ノ組織ハ直接ノ壓迫ヲ臟器細胞ニ及ボシ、其細胞ヲ萎縮消耗ニ陷ラシム。」此際兩者細胞ガ密ニ相觸接スルニ拘ハラズ、現存若クハ萎縮ノ腺細胞ト進

(丙)増殖ノ態度

茲ニハ再ヒ肉眼的像(第(一五)章)ヲ參酌シテ論セザル可カラズ。而テ茲ニ亦タ人體腫瘍ト相比較ス可キ有益ノ所見無キニ非ズ。

今ハ唯左ノ四項ニ就キ述ブ可シ。

(イ) 新生細胞索(若クハ管)ハ組織間隙ニ沿ヒ進行増殖ス。其細胞ニハ間接核分裂ノ像亦認メラル。細胞索進入ノ狀ニ或ハ浸潤的(インフイルトラチーフ)、或ハ膨脹的(エキスパンシーフ)アリ。

細キ細胞索ガ進入スルニ當リ、之ニ觸接スル結締織ニ何等特異ノ變化ヲ示サザル者、亦決テ稀ナラズ、或ハ周圍ノ組織ガ壓排セラレ細胞ノ萎小若クハ消耗ニ陷ルヲ認ムルコアリ。(増殖盛ニシテ細胞索豊廣トナリ、若クハ細キ細胞索密簇シ、此レ膨脹的ニ蔓延スルガ如キ場合ニ殊ニ之ヲ認ム。)破壞性ノ強盛ナルコトハ屢人體癌腫ニ見ルトコロナルモ、今ハ一般ニ此性著明ナルコト無シ。

増殖ニ當リ新生細胞ハ組織的性狀及形態相齊キヲ常トスルモ、亦其増殖ニ當リ多少ノ異變ヲアラハス者アリ。(甲)條下參照

(ロ)ノ一 新生細胞索ガ連續性ニ隣接ノ他組織若クハ臟器中ニ進入スルコト屢之レ有レドモ、亦タ其増殖ガ一結節中ニノミ限局セラルヽコトアリ。腹腔漿膜面ニ現ハレタル一有莖腫瘤ニ於テ、(第四類中ノ者)之ヲ形成スル『上皮性』組織ハ益増殖スル

ニ於テ多クノ場合ニ之レヲ明カニスルヲ得タリ。(一—二此ノ關係ノヤヽ不明ナリシ者ハアリシカド)。

サレバ眞ニ增殖進入シ來リシ新生組織ガ、健康組織ト直ニ相觸接スルコトアリ。且ツ此處恰モ健康組織ヨリ其儘新生組織ヲ作リ出スガ如キ假觀ヲ裝フコトアリ。是事ハ亦人體腫瘍ノ組織的研究ノ參考ニ資ス可シ。

余ハ敢テ上述ノ諸腺性臟器ガ、一定ノ場合ニ其實質細胞ノ增生ヲ示スコトアルヲ否認セズ。又『上皮性』腫瘍ガ之ヨリ發生スルコト無シト斷言スル者ニモ非ズ。茲ニハ所謂『移行像』ノ觀ヲ呈スル者ニ就キ、注意スルトコロアルノミ。

余ノ本病例中ノ一—二、及ビ本病例以外ニ於テ、輸卵道ノ壁ガ甚肥厚スルモノニ遭遇シタルコトアリ(第(六)章ノ(二))。本トヨリ此ノ部ハ生理的ノ範圍ニ於テ、厚薄一樣ナラズト雖モ、余ノ見タル例ニテハ、殊ニ其ノ中央ノ一部分ガ平等ニ壁ノ肥厚ヲ示シ、其壁自個ノ厚サハ指橫徑以上ニモ達セリ。是レ肥厚ハ顯著ナルモ、其外觀既ニ『腫瘍』トハ謂ヒ難ク、組織的ニモ他ノ腫瘍性新生組織ニ比シテ、其狀多クハ整然トシテ、分泌腺ノ增生肥大ヲ認メタリ。而テ斯ル壁肥厚アルトコロニ、外方ヨリ新生組織竄進入シ來ル場合、若クハ增生ノ腺組織ガ周緣部ニテ稍整調ヲ失ヘル場合ニテハ、兩者ノ區別殊ニ甚ダ困難ナルヲアリ。

(余ハ斯ルトコロヨリ腫瘍性新生組織發生シ得ルヲヲ不可能ニ非ズト考フ。(但シ眞ニ之ヲ確メタル例ハ未ダ無シ)而テ本病變ト合併シテ、此ノ部ノ腺組織增生ヲ伴ヒ得ルコトハ、之ヲ明示セシ實例アリ。第(六)章ノ(二)。第(九)章ノ(ホ)參照)

入ノ細胞トハ其形態性狀ニヨリ能ク相區別シ得ルコアリ。又之ニ反シテ兩者細胞ニ形似アル場合ニ於テ兩者ノ區別甚ダ困難ナルコトアリ。コハ殊ニ新生細胞ノ進入ガ浸潤的ナル時ニ目擊スルトコロニシテ、余ハ屢其判斷ニ苦ミシコトアリキ。加之若シ進入ノ細胞ガ其整然タル排列ヲ示サズ、臟器腺細胞モ之ガ爲ニ多少其次序ヲ紛亂セシムルニ至ラバ、兩者ノ細胞ハ其觸接ノトコロニテ兩々相混交シ、其果シテ孰レニ屬スルヤヲ確言シ得ザルコトスラアリ。

是レ甚ダ注意ス可キ現象ナリ。單ニ此組織像ノミヲ見レバ、所謂『移行像』トシテ、新生組織ガ玆ニ健組織ヨリ發生スルヲ直ニ認メ得タリトセン。然レ𪜈斯ル場合ニ於テ、是レ迄余ノ確メ得タリシコトハ左ノ如シ。

一　肉眼的ニ、右臟器ハ形態ノ著變ヲ示サズ、若クハ毫モ腫瘍狀ナナサヽルニ、尙上述ノ組織像アリ而テ著大ナル新生組織塊ハ却テ他所ニ在リ。サレバ全者發生ノ起源ガ右臟器ナリトハ考ヘ得ラレズ。

二　組織像ニ就テ勘フルモ。右臟器中ニハ、新生組織發現ノ狀ガ他ニ比シテ陳舊ナルヲ認メズ。(細胞索ノ殊更ニ豐廣ニシテ、集簇ノ度モ強キコト、間質結締織ノ增生、其他退行性變化ガ他ヨリ殊ニ著シト思ハルヽ者、—總テ玆ニ認メラレズ)。

三　組織像ノ大體ニ就テ察スルニ、新生組織ガ明ニ外方ヨリ進入シ來リシヲヲ示ス、殊ニ「連續切片」

大ナル竈ニテハ、纖維性結締織ノ菲薄層ヲ繞ラシ、之ニヨリテ肝實質ト相界スル者モアリ。斯ル者ノ中、其結締織層ノ狀ヨリ察シ、新生細胞ガ靜脈管岐内ニ充塡シ、是レ膨脹性ニ增殖ヲ營ミシニ非ズヤト考ヘラルヽ者アリ。

○以上ハ本病變ノ肉眼的及鏡檢的像ノ概畧ニシテ、主ニ客觀的所見ヲ述ベタリ。今之ニ次デ『移植試驗』ノ事ヲ語ラン。

(八) 移植試驗 並ニ他ノ動物試驗ヲ添記ス

此ノ鷄新生組織ガ果テ皆ナ人體惡性腫瘍ト全然同一視ス可キヤ否ヤハ、兎マレ角マレ。此病變ニ於テ細胞新生ノ一主ニシテ、且ツ强盛ナレバ、之ヲ取テ移植試驗ヲ行ヒ、若シ幸ニ成功セバ、人體腫瘍ノ比較研究トシテ(マウス)癌ノ其レニモ比ス可キ)新ナル出立點ヲ見出スヲ得可ク、而カモ人類ニ比シ下等ナル動物ナレバ、或ハ其成効ヲ見ルヿアランカトモ豫想シタリキ。又全然陰性ナリトテモ、本新生組織ノ生物學的知見ニ補益無キニ非ザル可シ。

余ノ前報告以後ニ於テ、最モ余ノ腐心セシ者ハ、此移植試驗幷ニ之ニ關聯セル動物試驗ナリキ。(目下尙ホ繼續シツヽアリ)。

而テ未ダ陽性ノ成績ヲ得ザリキ。

余ハ移植試驗ヲ次ノ方法ニテ行ヘリ。

鷄ノ新生物(後組織的檢査ニヨリ、本病變ナルコトヲ確メタル者)ノ小片ヲ生キタル鷄ヨリ取リ、或

(八)ノ一　第(四)—(六)章ニ説キタル如ク、腹腔漿膜面ニ大小數多(場合ニヨリテハ其ノ多數ノコトアリ)ノ結節(人體腫瘍ニ於ケル漿膜面轉移即チ『播種』ト其觀ヲ齊フスル者)ヲ着スルモノアリ。此ノ結節ノ組織像ハ皆ナ同樣ニシテ『上皮性』細胞索(或ハ管)ノ新生ヲ示シ、卵巢ニ於ケル新生組織ト其鏡檢的觀ヲ同クス。斯ル結節ノ相接近セル者ハ、往々其間ニ新生細胞索ノ連結アルコトヲ鏡下ニ認メシムルコトアリ。サレドモ又全ク斯ル連續無ク、一結節ガ肉眼的ニモ鏡檢的ニモ孤立形成シ得ルコトハ、『連續切片』ニ於テ屢確カメタル所ナリ。而テ斯ル結節ノ新生組織ガ更ニ直接ニ深部ニ向テ進入スルコアリ。其組織的態度ハ前項ニ述ベシ所ナリ。

(八)ノ二　人體腫瘍『轉移』ト同樣ニ見ハル、新生組織竈ガ亦肝、肺、脾ニ來ルコトハ、第(五)章ニ述ベシ所ナリ。其組織構造ハ、常ニ同一例ニ於ケル他ノ新生組織竈ト、全然相一致スサレバ、皆ナ同一種ノ細胞起源ナルコト明ナリ。

此竈ノ限界ハ肉眼的ニモ鋭利ナル如ク、鏡檢的ニテモ亦判然タリ。四周ノ實質細胞ハ概テ壓迫ニヨリテ萎縮及消耗ヲ來タセリ。且此壓迫ハ往々血行障害ヲ其部ニ惹起シ、鬱血ヲ顯著ナラシムルコアリ(此ハ殊ニ肝ニ於テ屢見ルトコロナリ。)肝臟内ニ在ル新生組織竈ノ周緣ニ於テ、其新生細胞ガ直接ニ肝細胞ト觸接スル者(殊ニ小ナル竈ニ於テ之ヲ見ルコアリ。)アレモ、又

移植組織細胞ニ尚核染色ヲ失ハザル者アルモ、茲ニ核分裂像ハ終ニ認ムルヿ無カリキ。又肝、脾、肺臓内等ニ、亦タ特異ノ變ヲ認メタルヿ無シ。

蓋シ新生組織ハ原鷄體ニ於テ、能ク増殖ノ態度ヲ示スモ、其細胞自個ハ甚強盛ナル抵抗力ト増殖力ヲ有セザルカ、若クハ『無造作』(例之ハ全身ニ亘ル要約ガ具備セザル場合)ニハ之ヲ發展セシムル者ニ非ザル可シ。此ノ事ハ新生組織ノ狀態ト相勘ヘ、其生物學的態度ノ一端ヲ窺フニ足ラズトセンヤ。

○余ハ茲ニ之レニ關スル他ノ試驗ノ一二ヲ附記ス可シ。

卵巢ハ他ノ臟器ト趣ヲ異ニシ、生理的ニ種々ノ組織變化ヲ現ハシ、且ツ本病例ノ多數ニ於テ、顯著ノ變化ヲ示ス者ナレバ、試驗的研究ニ多ク卵巢ヲ用キタリ。

健鷄ノ卵巢、幼鷄ノ卵巢ノ一部ヲ取リ、之ヲ切リ刻ミ、或ハ磨リ潰シ、之ヲ他ノ牝鷄ノ腹腔中ニ注入シタルヿアリシガ、之ヨリ新生組織發生スルコト一回モ無カリキ。

鷄結核菌培養ヲ腹腔内ニ入レタル者、達鎖薗培養、石松子、ルゴール氏液等ヲ入レテ、炎症ヲ腹腔内ニ催起セシメタルヿアリ。此際肉芽組織増生ヲ見ルヿアレ𪜈、本病例ニ於ケルガ如キ、著明ナル『上皮性』ノ形態ヲ有スル細胞索若クハ管ヨリ成ル新生組織ハ、終ニ發生スルヿナカリキ。

此レ等ノ試驗ニ據ルモ、肉眼上『結核』ノ如ク見ユル者モ、組織的ニハ全ク別物ナルヿヲ證シ、(又結核菌ヲ我新生組織ニ發見スルヿ無シ。)又尋常一樣ノ炎性變化トモ其傚ヲ殊ニスルヲ知レリ。

ハ其儘○或ハ極テ細小ニ切リ刻ミタル者○或ハ磨リ潰シタル者○或ハ生理的食鹽水ヲ加ヘ磨リ潰シ若クハ切リ刻ミタル者○或ハ鶏ノ血清若クハ腹水ヲ加ヘ同様ニ處置シタル者○或ハ之ヲ室温ニ於テシ○或ハ體温ニ近キ温度ニ於テ○或ハ一定時、三十七度ノ孵卵器ニ入レタル者等ヲ種々ノ分量ニ於テ用ヒ、之ヲ他ノ鶏殊ニ牝鶏稀ニ雄鶏ノ體中ニ移植セリ。○此試驗鶏トシテハ成ル可ク同種ノ者ヲ選ビ、或ハ老者或ハ尚年若キ者ヲ用キタリ。手術ニ際シ無毒性方法ヲ取リシコトハ固ヨリナリ。

移植ノ部位ハ○大多數ハ腹腔内○又腹膜下○膵臓附近ノ組織中○稀ニ皮下、筋組織、眼瞼ナリ。○血行中ニハ是レ迄只二回挿入セシコトアリシガ、短時日ニテ斃死シ、未ダ移植試驗ノ成績ヲ定ムルニ至ラズ。

時間ハ二―三日乃至五―六ケ月ニ亘レリ。

本試驗ハ未ダ成功ヲ見ザリシ故ニ、今其詳ヲ語ルノ必要無カル可シ。只其所見ヲ一言スレバ、凡ソ左ノ如シ。永ク時日ヲ經過シタル者(數十日乃至數月)ハ、何レノ處ニモ敢テ異常ノ新生組織竈ヲ示サズ。疑シキ結節狀若クハ肥厚部ハ、皆纖維性結締織性ノ者ナリ。數日乃至十數日ノ者ニテハ、挿入ノ組織全ク或ハ大部分壞死ニ就キ、多細胞性結締織ニテ包被セラレタリ。其狀態ハ例ニヨリテ必シモ時日ノ長短ト正比例ヲナサズト雖モ、壞死ヲナスコトハ比較的急速ナルガ如シ。此時期ニ於テ、既ニ殆ド移植ノ痕跡不分明トナル者亦無キニ非ズ。而テ上述結締織ノ包圍内ニ殘存セル

縦横ニ論議セラレタリ。今之ヲ本論ニ引テ説述スルコトハ、本ト余ノ希望ナリシガ、此モ亦タ他日ノ稿ニ譲リ、今ハ唯我鶏體ニ睹ル所ヲノミ用キタリ

且ツ鶏體ト人體トハ既ニ大ニ異ルトコロアリ。此ニ見ルトコロヲ以テ、直ニ彼ヲ規ス可カラズ。鶏ノ病的組織ヲ研究スル以前ニ、其健康組織ヲ知悉セザル可カラズ。此點ニ關シテ吾人ハ亦タ輕卒ナル可カラザルナリ。

(甲)

一定ノ病例ヲ通觀シ 大體ノ像ニ就テ考フルトコロヲ述ベン。

(イ) 一定ノ病例就中第(四)章ノ第壹類(卵巢增大シ、漿膜面ニ多數小結節ヲ着スル者) 第二類(卵巢增大シ、漿膜面ニ結節分明ナラザル者)ノ所見ハ、之ヲ人體腫瘍ニ鑑ミ、次ノ如クニ解説スルヲ得可シ。即チ卵巢ハ新生組織ノ根本地(原發竈)ニシテ、第一類例ニテハ之ヨリ轉移(播種)ヲ腹腔漿膜面ニ作リシ者ナラン。蓋シ鶏ノ卵巢ハ葡萄狀ヲナシテ腹腔内ニ露出スル者ナレバ、其中ノ組織細胞ガ落下シテ、漿膜面ニ植エ付ケラルヽニ至ルハ固ヨリ可能事ニシテ、此二類中、斯ク判斷ヲ下シテ可ナル者之アルヲ信ズ。

(ロ) 然レドモ、此關係ガ明カナラザル者(若クハ之ヲ認ム可カラザル者) 亦少カラズアリ。第三類(卵巢ニ增大無ク、若クハ小ニシテ、漿膜面ニ數多結節アル者)ノ者ニテハ、卵巢ヲ原發竈ト認ムル能ハズ。少クトモ『卵巢ニ先ヅ強盛ノ新生組織竈生ジ、之ヨリ轉移ヲ作出セシ者』ニテハ無シ。此類ニテハ一局

(九) 組織發生論ニ關スル一—二ノ所見

以上本病變ガ(一)肉眼的ニ既ニ腫瘍像ヲ呈シ、(二)其增殖ノ顯著ナル丁、殊ニ人體腫瘍ノ轉移竝ニ同觀ノ者アルヲ示シ(三)而テ是レ常ニ『上皮性』細胞索(若クハ管)ノ新生增殖ヨリ成ルコトヲ逸ベタリ。○之ヲ第(二)章ニ說クトコロト對照シテ、其人體『癌腫』(殊ニ腺癌腫)ト相一致スル者アルコト、又少クトモ之ト相比スルニ足ル者ナルヲ知ル可シ。但シ玆ニ『上皮性』ト稱セシハ、前章ニテ屢斷ハリシガ如ク、組織形態上ヨリノコトニシテ、未ダ鷄體中『上皮組織』トシテ目セラルヽ者ヨリ直ニ發生シ來リシヤヲ確メタルニ非ズ。本新生組織ハ果テ何者ヨリ、又如何ニシテ發生シタル乎。

前報告以來、余ノ最モ力ヲ致セシハ『移植試驗』ナリキ。組織發生并ニ原因ノ探究ハ固ヨリ初メヨリ之ヲ忽ニセザリシガ、近時ニ至リ特ニ此方面ニ向ヒ組織的細菌的研究ヲ重ネ、又之カ爲ニ多少ノ試驗的作業ヲモ企テシガ、本篇起稿ノ時迫ルニ及デ、尙ホ半途ニ在ル者多シ。余ハ自ラ速斷スルヿヲ許サズ、今ハ自ラ抑ヘテ他日研究ノ餘地ヲ剩サンコトヲ願フ。サレバ本問題ニ就テハ、尙研究ヲ積ミタル上、後日別ニ論說スルノ期アル可キガ故ニ、意見ノ詳細ト并ニ最終ノ斷案ハ之ヲ其時ニ讓リ、今ハ唯之ニ關スル所見ノ一、二ヲ記シ、本病ヲ研究スル學者ノ參考ニ資スルニ止メントス。

比較研究ノ目的ノ一ハ、人體病變ト相比較スルニ在リ。人體組織ハ健病共ニ、既ニ善ク研究セラレ

新ル者ノ存在シ得ルコトハ甚ダ可能的ニシテ、第三類中ノ者ニ、或ハ此ノ種ノ起源アルヤモ知レズ——後段(三)ヲ參照)然カラザル者ニテハ、皆畧ホ同樣ノ新生組織竈ヲ發生セシメ、何處ニモ特ニ『原發竈』ト認ム可キ者無シ。

サレバ、其ノ組織像ト肉眼的像トニ據リ、此第三類中ノ多數ニ於テ、最モ眞ラシク考ヘラルヽハ、『漿膜面(若クハ漿膜下)ニモ又卵巢ニモ存在(新生物トナルセシヨリ以前ニ其由來ノ何如ハヨリ、同時或ハ僅カニ時ヲ異ニシテ、發生シタル者ナラン』トノ說ナリ。

(八) 肝、肺、脾ノ實質內ニ存在スル結節ハ、其狀人體腫瘍ノ『轉移竈』ト同一觀ヲ呈ス(第(七)章(丙)參照)ノニシ、亦然カ解釋シテ可ナリト考フ。其徑路ハ今事實上ニ追跡シ得タル者無シト雖モ、恐ラク血行(若クハ淋巴道ヲ介シ)ニ依リシナル可シ。(余ハ淋巴管腔內ニ新生組織細胞群ノ入リタル者ヲ見タルヿ屢アリ、又タ一例ニ於テ靜脈破ノ管腔內ニ同樣ノ進入ヲ見シコトアリ。)但シ肝、脾ノ漿膜面結節ガ直ニ臟器深部ニ進入スルヿハ、亦固リ之アリ。而テ此者ガ肝、脾中ニテ非連續性蔓延ヲナシ得ルヿ亦可能ナリ。(但シ茲ニモ(ロ)條下ニテ述ベシ可能的ノ事ガ想像サレ得ザルニ非ザルコトヲ附記シ置ク可シ)。

即チ諸臟器中、諸所ニ存在スル——或ハ新生組織發生以前、例之ハ臟器發育ノ時期ニ於テ竄入セシ——同種ノ細胞ガ、同時若クハ異時ニ增生ヲ營ミシト云フ想像モ、亦全ク之ヲ排斥スルコトヲ得ザル可ク、一定ノ場合ニハ亦之無キヲ保セズ。○余ガ最近時ニ得タル一病例(本材料以外)ニテハ、卵巢小、腸

部ニ限テ特別ニ大ナル新生組織竈無ク、腸間膜肥厚癒着ノ甚シキ者無キニ非ザレ𪜈、輕微ナル者モ亦多シ。而テ卵巢内ハ、其ノ萎小ニ見ユル者ニテモ、常ニ同一ノ『上皮性』細胞索(若クハ管)ヲ見ハス」。此事實ハ種々ニ解釋セラレ得ルナリ。

(イ) 原發竈小ニシテ轉移竈却テ著シキ(ハ、人體腫瘍ニモ其例有ル所ニシテ固ヨリ可能ナレ𪜈、此卵巢ニ於ケル新生組織(二―三ノ關係不明ナル例ハ取除キ)ハ、其ノ範圍至テ小ナルノミナラズ、敢テ他ノ竈ニ比シ陳舊ノ觀ヲ呈スル者無シ。サレバ二―三態度曖昧ナル例ヲ除キ、此事ヲ否認シ得可シ。

(ロ) 漿膜結節(若クハ肥厚腸間膜中ノ新生組織)ヨリ卵巢ニ向テ連續性ニ新生組織ガ進入シタリシ乎。此事ハ可能ニシテ、實際ニ亦之レアルナラン𪜈。我例ニ於ケル肉眼的鏡檢的所見ハ、此種ノ連續性進入ヲ認メザリシ。

(ハ) 漿膜結節(若クハ肥厚腸間膜中ノ新生組織)ヨリ『轉移』テ卵巢ニ作リタル乎。卵巢ハ他臟器ニ比シ轉移ヲ作ルニ不便ナル可シ、サレド之ヲ絕對ニ否拒スル能ハズ。一定ノ場合ニハ亦可能ナル可シ。サレドモ、其卵巢ニ『上皮性』細胞索(若クハ管)ノ發現スル狀態ハ、他ノ『轉移竈』ニ於ケル者ノ如クナラズ、唯少數ノ索(若クハ管)ガ卵巢組織中諸處ニ散在スルヲ見ルコト屢之レアリ。此等ノ事ハ敢テ絕對的價値ヲ示スニ非ザレ𪜈、卵巢『轉移』說ハ少クトモ余ノ病例ノ最多數ニ於テハ信ジ難キ者ト謂フ可シ。

(ニ) 腸管膜肥厚癒着甚シキ者ニテハ、或ハ此處ニ『原發竈』アリシトノ疑ヲ抱カシムルモ(例之ハ腸粘膜ヨリ發生セル腫瘍ノ如キ是レナリ。余ハ未ダ此ノ種ノ腫瘍アルコトヲ陽性ニ確メ得ズト雖モ

(ヘ) 卵巢ニ接近スル副卵巢管（其腺管ノ狀新生組織ト相似タル者アリ、且ツ之ヨリ發生ノ可能ニテアレバ、亦頗ル注意ヲ拂ヘリ。）ト直接ノ關係ヲ見出シタル無シ。

卵巢發生期ニテ見ルコトヲ得ル所謂髓索（マルクストレンゲ）（Genitalstränge）及ヒ其他原腎ノ遺殘等ヨリ新生組織發生スルコトハ、亦タ甚ダ可能ニシテ、頗ル推測スルニ堪フルモ、未タ然カ結論ヲ下ス可キ陽性ノ所見ニ接セズ。

(ト) 卵巢ノ表面ノ上皮細胞（表被細胞）ガ、直接ニ卵巢組織中ニ進入シ、之ヨリ新生組織ガ形成セラルヽノ狀モ亦タ確認シタルコト無シ。但シ卵巢附近ノ腹腔漿膜面表被細胞ガ其形ヲ增大シ、圓柱上皮細胞狀ヲナスコトアリ。又短圓柱狀骰子狀表被細胞ガ列ヲナシテ、稍ヤ深部ニ迄入リ込ムコトアリ。（或ハ管狀ヲナシ、或ハ嚢狀陷入ヲナス。此ノ事ハ前報告以後ノ病例ニテ認メ得タル所ナリ。）但シ未ダ之ト新生組織ト直接ノ關係アルヲ見出サズ。（小ナル新生組織塊ガ、斯ル變ヲ呈スル腹膜直下ニ位スルコトアリテ、一見、彼此ノ本源的關係アル樣ナリシガ、兩者細胞ノ形態ノ差異アリ、又其發現ノ方向等ヨリ推スモ、直ニ腹膜面ヨリ出デタリトハ謂ヒ得ズ。）サレバ此ノ本源ヲ既成ノ腹膜表被細胞ニ歸ス可キ確ナル組織像ヲ得ザリキ。（サハレ此表被細胞ガ一定ノ場合ニ組織新生ヲ發起シ得ルハ亦可能ナリト謂フ可シ。）○後段(ワ)(カ)參照

(チ) 卵巢ニテ既成ノ卵胞上皮ニ就キ、仔細ニ檢査ヲ企テシガ、少クトモ『既ニ十分ノ成長ヲ遂ゲ、著明ナル卵胞上皮細胞トナリシ者ヨリハ』新生組織出ヅルコト無シ。

間膜肥厚シ、癒着シ、特異ノ結節ハ認メ得ザルニ拘ハラズ、肝及肺臓内ニ「轉移竈」アリ。此ノ例ニテハ腸間膜ガ纖維性ニ肥厚シ、其中ニ可ナリ著ク腺腫性癌狀新生組織アリ。卵巢中ニモ亦少許アリ。而テ肝肺ノ結節ハ全ク同一組織ヨリ成ル」。腸粘膜ト腸間膜ノ新生組織トノ關係ハ、十分ニ追跡スルヲ得ザリシガ、何處ニモ肺肝轉移竈ノ原發竈ト認ム可キ、一見著明ナル腫瘍物無シ。サレバ此例ノ如キ容易ニ上述ノ可能事ヲ想像セシムルニ足ルモ、余ハ尙ホ腸間膜ノ新生組織ヨリ、(恐ク血管ヲ經テ)轉移ヲ肝肺ニアラハセシ者ト理解セント欲ス。

○第四類、第五類ノ所見ヲ引用スルヲハ、後段ニ讓ル。

(乙)

重ナル疑問ハ、新生組織ガ何レノ處、何レノ組織ヨリ發生シタリヤニ在リ。是レ最モ重要ナル事項ニシテ、尙研究ヲ重ヌ可キ者少カラザレバ、前ニモ斷ハリ置キシ如ク、玆ニハ唯之ニ關スル一二ノ所見ヲ摘錄スルニ止メン。

(ニ) 副腎中ニ新生組織ヲ見タルコトアレ共、コハ進入ノ者ニシテ、副腎細胞ガ新生物ノ起源タルヲ證明スル者無シ。(一—二ノ例ニ於テ、甚ダ疑ハシキ所謂ル「移行像」ヲ見タルコトアリ、又新生組織細胞ト副腎細胞ト形態ノ似タル者アリシガ故ニ、精檢ヲ企テシニ。大體ノ像ヨリ推シ、又タ組織像ヨリ勘ヘ、未ダ眞ノ發生ト推斷ス可キ者無シ。)

(ホ) 膵、輸卵道ノ腺細胞玆ニ亦疑ハシキ「移行像」アリ、又細胞ニ形似アルヲ亦既ニ述ヘタリ。ヨリ發生セシト確認ス可キ者未ダ無シ。(第(七)章(丙)(ロ)ノ二參照)

(ヘ) 卵巢ニ接近スル副腎、卵巢管其腺管ノ狀新生組織ト相似タル者アリ、且ツ之ヲ

部ニ當リ、或ハ卵胞上皮ノ直グ外方ニテ、或ハ僅ニ之ト相距テ、『上皮性』細胞索（或ハ管）ノ小團ヲ見ルコトアリ（主ニ卵胞ノ基底部ニテ著明ナリ）。乙第五圖、丼ニ卵巢內ニアラザルモ乙第六圖。其狀恰モ此卵胞ニ屬隷若クハ之ト親密ノ關係ナル者スルコヲ示ス。加之此小團ヲ『連續切片』ニテ檢スルニ、是レ決テ周圍ヨリ新生組織ガ連續性ニ茲ニ進入シタル者ニ非ズシテ、此小團ガ增大スレバ他ト連續ヲ保ツニ至ル。個々獨立ノ細胞索群ナルコトヲ確メ得タルモノ多カリキ。

此最後ノ事實ハ、二樣ニ解釋サレ得。即チ(一)卵巢內ニテ一局部ニ起リシ新生組織ガ同臟器中ニ於テ『非連續性蔓延』（轉移）ヲ營ミ、而カモ是レ好デ卵胞周邊ノ地ニ發現シタリトナス可キカ。(二)將タ發生ハ『多數中心的』ニシテ、卵胞ノ周緣鄰接地ニ茲ニハ單ニ部位的關係ニ就テノミ謂フ新生組織ノ起源アルコヲ示ス者乎。

同一臟器內ニテ、『非連續性蔓延』アルコハ固ヨリ可能ナレドモ、本例ニテハ他ノ（上述ノ）所見ト綜合シ、寧ロ(二)ヲ以テ『眞ラシキ』事ト考フ。但シ此ノ際トテモ、形態著明ナル卵胞ノ上皮細胞ガ、直ニ此新生組織ニ變化シ行クヲ認メタルコト無シ。而テ卵胞自個ノ形成明ナラザルトコロ、若クハ其變化セシ部、若クハ卵巢深部ニテ現ハル、同一ノ新生組織ハ、『發生』上、(二)ト同一價値ノ者ヨリ起源シタリト見做ス可シ。

（又）此臆說ハ尙左ノ所見ニ據リテ、若干ノ扶助ヲ得タリ

蓋シ本病例ニ於テ『上皮性』新生組織ノ發生ガ、(假令全病例ニ非ズトスルモ其比較的多數ニ於テ)卵巢ト關係アル可シトハ、先ヅ考ヘ及ブコトナリ。殊ニ(ヘ)(ト)(チ)ニ謂フトコロハ、最モ注意ス可キ點ナリ。就中、卵胞上皮細胞ニハ頗ル疑ヲ挿ミタルモ、既ニ著明ノ卵胞ヲ作レル卵胞上皮細胞ハ、其形態殊ニ核ノ性狀等ニ於テ、新生組織細胞ト同一ナラズ、且ツ其細胞列ノ一方ヨリ直ニ新生組織ニ移行スルガ如キ事無シ」。サレバ此細胞ノ他ノ發育期(若クハ發育狀態)ニアル者(或ハ甚ダ早キ時期ノ者、或ハ異變ノ發育ヲ遂ゲタル者ハ兎ニ角トシテ、玆ニハ成育ヲ遂ゲタル者ニ就キ上述ノ言ヲナスニ至レリ。

(リ) 比較的多數ノ卵巢ニ於テ、次ノ所見ハ屢余ノ注意ヲ惹ケリ。

卵巢内ニ強盛ナル新生組織發現ノ狀ハ、必シモ一點ヲ中心トシテ四方ニ膨大セシニ非ズシテ、其多クハ寧ロ卵巢ノ大部分ニ亘ル、瀰蔓性ノ形成ヲ認シム。○又他例ニ於テ卵巢内ニ『少許』ノ『新生組織竈』現ハル、際、此レガ屢好デ(全ク此所ノミト謂フニハ非ラズ)、卵巢周邊部、即チ卵胞鄰接地若クハ卵胞所在地(整然タル卵胞ノ形態ヲ玆ニ見ザルコトハ亦タ屢アリ)ニ個々小團ヲナシテ認メラル、コト。○肉眼的毫モ變化無キ二—三ノ卵巢(本病例以外ノ者)ニテ、恰モ右ト同一部位ニ當リ、諸所ニ少許ノ腺管狀索ノ發現ヲ認メシコト。○又卵巢内ノ新生組織著キ例ニ於テ、個々ノ卵胞(多クハ小ナル者、否ルモ、餘リ大ナラザル者ニ之ヲ見ル)ニ屬スル卵胞膜ノ

又他ノ例ニ於テ、（本病例以外ノ者、）卵胞所在部（卵胞ノ分明ナル者ヲ見ルコトアリ、又然ラザルコトアリ）ニ腺管狀組織生ジ、其管腔內ニハ無構造物質（分泌物トモ見得可キ）（「エオヂン」ニテ一般ニ濃染ス、又タ「ズダン」III ニ染マル顆粒ヲ入ルコトアリ、）ヲ容レ、其管壁ノ細胞ハ圓柱狀ヨリモ寧ロ骰子狀ノ者多ク、其個々細胞ノ體及ビ核ノ性狀ハ、第((七))章(甲)ノ(八)乙ニ於ケル者（第((四))章ノ第四類ニ當ル）ト酷似スルコト。

トニ徵シ、第((四))章ニ所謂第四類中ノ有莖腫瘍ノ如キハ、亦恐ク同一ノ起源ニ歸シテ可ナル可ク、卵胞ニ關係アル細胞新生ト見做スヲ得可シ（第四類ノ中、卵巢自個ニ新生組織無キ者アレドモ、是レ亦怪ムニ足ラズ）。

(オ) 他ト稍其所見ヲ異ニスル第五類（卵巢ニハ最早ヤ常態ノ卵胞分明ナラズ、「卵胞」トシテ認メラルヽ者ハ、恰モ成熟ノ卵胞ノ形態ト大サヲ有シ乍ラ、內ニ卵黃無ク、多數ノ有莖囊胞トナリ、且ツ肝ニ囊腺腫狀新生竄アル一例。）ニ就テ勘フルニ、卵胞ノ囊胞狀ヲナスコト、肝臟漿膜下及ビ實質中ニ囊腺腫狀新生組織ヲアラハスコト、ハ、亦タ相關ノ變化ト見做シ得ルガ如シ。恐ラク卵胞上皮細胞（若クハ之ト親密ノ關係アル細胞）生成ノ異常ニシテ、同一起源ノ細胞ガ、肝臟ニ至リ、茲ニ囊腺腫（或ハ囊腺腫癌）ヲ發現セシメシニハ非ザル乎。

(ワ) 斯ノ如ク吾人ハ我病變例（少クトモ其ノ一部分）ニ於テ、組織發生ヲ闡明スル端緒ヲ捉ヘ得タルガ如シ。然レドモ尙最モ樞要ナル問題ヲ殘セリ。

本病例以外ノ一例ニ於テ、卵巣ノ大サニ亳モ増大ノ状無ク、膨間膜面ニ卵黄ヲ包容スル豌豆大結節二―三ヲ着シ、其他卵巣ヨリ隔リタル腸間膜面ニ数個ノ粟粒大灰白色結節ヲ現ハス。此結節ヲ細検スルニ、小ナル卵胞分明ニ現ハレ、卵細胞モ見ユ之ガ基底部ニ、前項所述ト同ジキ形態、同ジキ關係ニテ、『上皮性』細胞索團ヲ見ル、此細胞團ハ卵胞ノ上皮ト直ニ相觸接シ、但兩者間ニ相移行ノ像ハ見エズ、限界ハ明瞭ナリ。兩者密着ノ關係アル事ヲ示シ、肉眼ニ見エシ結節ノ一ハ實ニ此兩者ヨリ成レリ。乙第六圖(第(六)章(チ)トハ例チ異ニスルモ相參考ス可シ)又新生組織チ伴ハザル卵胞モアリ。

斯ノ如キハ、卵巣卵胞形成ノ異常(アノマリー)ニシテ、卵胞幷ニ其周緣組織ヲ形成スル細胞ガ、常居ヨリ逸脱シテ(其時期ノ早晩ハ今問ハザレ、―或ハ卵巣發育ノ後ニ於テカ、或ハ既ニ卵巣臓器形成ノ際ニ此事行ハレタルカハ、姑ク之チ措キ、)茲ニ來リ、卵巣内ニテ見ルト同ク、卵胞ノ基底ニ當リ卵胞鄰接部ニ同一樣ノ新生組織ヲ發現セシメタル者ナラン。此所見ハ亦タ卵胞ト新生組織トノ關係ヲ示ス者ト謂フ可シ。

(ル) 前項(又)ノ所見、幷ニ他例(本病例以外ノ者ニモ見ルトコロ)ニテ卵黄ヲ内容トスル腫瘤狀物(短茎アル者アリ又無キ者アリ)ヲ漿膜面ニ着スルコト(第(六)章ノ(ト)項ニ述ヘタル者)、幷ニ左ノ他例ニ於ケル所見、即チ

上述卵胞部ニ見ハレタル細胞索(若クハ管)ノ管腔著明ニシテ、加之多少擴大スル者アリ。即チ此處ニテ既ニ多少囊腺腫狀形態ヲ取ル者アルヿ。

起源ノ疑ヲ此種ノ者ニ挿ム可キ像ハ、本病例中若干ノ者ニ於テ亦之レ無キニ非ズ。某例ニ於テ卵巢ノ周縁部、卵胞附近ニテ、腺管狀細胞巢新生アル者アリ。其細キ管及ヒ稍擴大セル者ノ一部ニ於テ管壁細胞非薄トナリ宛然淋巴管內被細胞狀ヲナスヿアリ。○(卵胞ニ接シテ屢漿液ヲ容ル小囊胞ヲ見ルヿアリ。其內壁ハ非薄細胞ヲ以テ被ハレ、內被細胞狀ヲ示ス。而テ或ル一例ニ於テハ、此被覆細胞ガ一般ニヤヽ豐厚トナルヲ見タリ。此ノ處ノ細胞ハ果テ新生組織ノ發生ト關係スル所無キ乎)○腹膜面ノ表被細胞、殊ニ卵巢ノ表被細胞ガ卵巢表面ニ沿ヒテ深部ニ入リ込ムニ當リ、細胞形態ガ稍豐厚トナルヲ見タルヿアリ。又他部ノ腹膜表被細胞ガ顯然圓柱狀ニ相併列スルヲ見タルコトアリ。(ト)及後項(カ)參照、○サレバ此等細胞ニ起源セル者ガ卵巢內ニ入リ込ミ來リ、若クハ卵巢內ニ存在シ、之ヨリ新生組織發生スルコト無キ乎。而テ此レト同時ニ漿膜面若クハ漿膜下ヨリ、同一新生組織見ハルヽヿ、亦必シモ不可能ノ想像ニ非ザル可シ。

是レ甚ダ緊要且ツ甚ダ趣味ニ富メル問題ニシテ、之ガ解決ハ亦人體腫瘍學上ノ論爭ニ對シ、少カラザル參考ヲ與フコトヲ信ズ。サレバ殊ニ注意ヲ深クシ、諸多ノ方面ヨリ且ツ諸多ノ材料ニ據リ、之ニ向テ研究スルヲ要ス。而テ我ガ此ノ方面ノ研究尙ホ完結ヲ告ゲザル者アリ、此項ニ就テハ今暫ク自制シテ速斷ヲ避ケ、多クヲ後日ノ論述ニ讓ラントス。

(丙)

蓋シ諸病例ノ『上皮性』新生組織ハ、必シモ同一ノ組織發生ノ者ノミニ限ラザル可

上述ノ如ク(リ)(ヌ)(ル)、卵胞ト部位的親密ノ關係ヲ見ハス新生細胞ハ、其諸多ノ性狀ニ鑑ミ卵巢中ノ細胞殊ニ卵胞ト形成上現ニ著明トナリシ卵胞上皮ガ直ニ起源ヲナスコトハ無キモ)ニ關係アル者ナルヲ想像セシムルモ、吾人ハ尙之ヲ精究シテ果テ何種ノ細胞ガ其起源ナルヤヲ知ルノ要アリ。

此問題ハ更ニ左ノ二方面ヨリ考フルヲ得。

(一) 果シテ卵巢ニ於テノミ存スル特殊ノ細胞ヨリ乎。

例之ハ、卵胞上皮細胞ト生成上ニ同一ナリシ者。若クハ生成上ニ何等カノ親密關係ニ在ル者。卵胞膜中ノ一定ノ細胞。若クハ卵巢間質ニアル特別ノ細胞。其他種上皮。髓索原腎ト一定ノ關係ニアル者等ニ果シテ其ノ孰レナリヤ。

或ハ又輸卵管ヲ形成スル細胞ト何等カノ關係無キ乎。

吾人ハ病例中ノ比較的多數ニ於テ、卵巢ノ細胞ニ其起源アル事ヲ考フ。而テ卵胞ノ異常地發現ノコトヨリ推スモ、同種ノ細胞ガ卵巢以外ノ地ニ入リ込ミ居リタリトテ、必シモ怪ムニ足ラズ。」サレド起源ハ總テノ例ニ於テ常ニ此種ノ者ヨリノミ乎、又他ノ起源ハ無キ乎、若クハ之ガ可能ヲ考フルニ足ル者無キ乎。

(二) 卵巢中ニ存スルモ、敢テ卵巢ニ特異ナラザル細胞ヨリスルヲアリヤ。

腹膜面表被細胞(之レナレバ、卵巢自個ノ組織ノ發達ト發生上ニ尙ホ多少關係アル者ト謂フ可シ)、淋巴內被細胞ノ關係何如。

ノ者ニ於テ認メタルトコロ（前項(ト)ト對照シ一定ノ場合ニテハ腹膜表被細胞ヨリ、亦形態『上皮性』ナル新生組織現ハレ得可キコトヲ想像セリ。

本病例中ノ一例ニ於テ、卵巢ニ顯著ナル、新生組織アル外ニ、之ト甚ダ觀ヲ異ニスル『上皮性』新生組織竈ヲ腸間膜肥厚裡ニ見ハス者アリ。余ハ其組織像ヨリ推シテ、後者ヲ以テ恐ラク卵巢ノ新生組織ト起源ヲ異ニスル者トナシ、腸間膜表被細胞或ハ淋巴内被細胞ヨリ發生シタル者ニ非ズヤト臆測シタリ。

(ヨ) 尚甚ダ趣味アル像ヲ、左記ノ病變ニ認メタルコトアリ。

腸粘膜面ニ潰瘍アリテ腸壁肥厚セル一例（本病例以外ノ者乙第七圖。）ニ於テ、其粘膜潰瘍ノ周緣部（即チ健康部トノ移行）ニ、細キ新生『上皮細胞索』ヲ多數ニ認メタルコトアリ。（此ノ新生索ノ細胞ハ、腸腺管ノ上皮細胞ニ比シ、細胞體細胞核ノ性狀同樣ニシテ、又此ノ索ガ原腸腺管ト直ニ相連續スルモノアリ。）此ハ曾ニ粘膜層中ニノミ留マラズ、茲ニ其ノ數最モ多ク、且ツ最モ顯著ナルモ、少數ノ者ハ粘膜下層ヨリ筋層中ニモ入リ込メル者アリ。（又同處ニテ漿膜下ニモ、少數ノ同樣ニ見ユル細索（若クハ細腺管狀索。）ノ斷面ヲ認メシムルコトアリ。）是レ潰瘍緣ニテ恐ラク再生機トシテ新細胞索ヲ生ジ、（潰瘍ニヨリテハ、斯ル新生索ヲ認メザル者アリ。）此レ更ニ深部迄進入シタル者ナリ。但シ此種ノ進入アルニ拘ハラズ、全者ノ像ハ敢テ分明ナル腫瘍（若クハ惡性腫瘍）狀ヲ示サズ、唯腸壁自個ノ瀰蔓性肥厚（主ニ筋層ノ肥厚、結締織ノ肥厚ヲ呈シタルノミ）ヲ要スルニ、此像ハ潰瘍邊緣ノ細胞增生（再生機）ヨリ、新生組織發生シ得ルノ理ヲ明瞭ニスル

ク又同一例ニ於テ二種以上ノ組織細胞ヨリ新生組織發生ノコト亦之レ無キヲ保セズ。前項ニ述ブトコロノ臆說ハ、鷄ニ於ケル同似新生物ノ全般ニ當テ嵌マル者ト未ダ斷言シ得ザル可シ。

サレバ、本病例以外ノ所見ナルモ、一般ニ新生組織發生ニ關シ、注意ヲ惹クニ足ル一二ノ事項ヲ左ニ添記ス可シ。

(カ) 腸間膜ニ炎性組織增生アル一例ニ於テ、淋巴管內被細胞ガ增生シ、骰子狀若クハ不正短圓柱狀ヲナシ、恰モ『上皮性』ノ形態ヲ示シ、相比肩併列スルヲ見タルコトアリ。又病例以外ノ者、及我病例中ノ者ニ於テ、腹腔漿膜下ノ增生結締織中ニ、不正網狀ノ細胞索增生ヲ見ハシ、其細胞ノ狀態ハ甚ダ上述ノ者ト相似、且ツ其增生セル細胞群ガ往々四周結締織ニ對シ判然タル限界ヲ示サヾル者アリ。是レ亦恐ラク結締織中ノ內被細胞增生ト見做サル可キ者ニシテ、一定ノ場合ニハ、此者ヨリ成ル新生組織アルコトヲ想像シ得可シ。

又タ他ノ類似ノ例(本病例以外ノ者)ニ於テ、腹膜表被細胞ガ炎性竈中ニ進入シテ、管狀ヲナシ、其管腔壁細胞ノ一部ハ菲薄ニシテ內被細胞狀ヲ示シ、一部ハ頗ル著明ニ骰子狀乃至圓柱狀ヲ呈シ、加之一方ニ氈毛(?)ノ被覆アル者ヲ見タルコトアリ。之ヲ本病例中

癌ノ報告（*Stolarzyolsky, Zirn Kät, Klee* 等）アルコトヲ引用セルガ、今其所見ノ詳細ヲ知ルニ由無キヲ以テ、輕々シク斷定ヲ下シ難キモ、恐ラクハ我病例中ノ者ト同樣ニテハ非ル乎サハレ *Johne*（Birch-Hirschfeld, Lehrbuch der path. Anatomie. Allgemeine path. Anatomie. V. Aufl. 1896. S. 296）ノ言ニ徵スルモ、鳥類ノ癌ハ至テ稀ナリト云フ。

上述ノ『卵巢癌』『肝癌』ニ就テハ、余未タ其組織的所見ノ詳細ノ窺フニ由無カリシガ、近時醫學者ノ手ニ成レル『鷄癌』ノ報告ニ接セリ。

（*Pick*（Berliner klin. Wochenschrift. 1903. S. 669）及ビ *Koch*（Verhandlungen der deutschen path. Gesellschaft 1904. Heft I. S. 136）ノ鷄口腔ノ扁平上皮癌ノ報告アルモ、本論ト直接ノ關接無キ者ナリ）。

此ハ余ノ前報告以後ニ於テ世ニ出タレバ、前報告ノ際固ヨリ之ヲ引用セザリシ者ナリ。是レハ *Ehrenreich u. Michaelis*（Ueber Tumoren bei Hühnern, Zeitschrift f. Krebsforschung. IV. 1906. S. 586.）ト *Ehrenreich*（Weitere Mitteilungen über das Vorkommen maligner Tumoren bei Hühnern. Medizinische Klinik. III 1907. S 614.）ノ簡單ニ報告セシ者ニシテ、前者ハ他ノ腫瘍ノ外ニ癌腫ノ二例（著者ノ言ニ據レバ一ハ恐ラク腸ヨリ、一ハ恐ク腸若クハ輸卵管ヨリ出タル者）後者中ニハ一ノ腸癌、二ノ卵巢癌腫（腺腫性癌ヲ）記載セリ、而テ其標本ハ病理學者 *Borst* ガ見テ、亦タ癌腫

者ト謂フ可シ。人體ニ於テ胃腸潰瘍ヨリ、癌腫發生スルコトヲ能ク理解シ得可シ。サレバ場合ニヨレバ、腸粘膜ヨリ顯著ナル新生物ガ發生シ得ルハ、甚ダ可能的ニシテ、斯ル者恐ラク實際ニ亦之有ル可シ。(余ノ病例中ニテモ、此ノ種ノ發生ニ疑ヲ措キシ者無キニ非ザリシカド、未ダ確カニ之ヲ證明シ得タルモノアラザリキ。)

○蓋シ　此ノ組織發生論ノコトハ前陳セシ如ク、余ノ『未定稿』トモ稱ス可キ者ナレバ、今尚ホ多クヲ語ルヲ得ズ。唯一二ノ所見ト臆說ヲ記述スルニ止メタリ。

(十)　文　献　附リ餘論

余ハ多ク獸醫學、家畜病理學ノ文籍ヲ跡獵スルニ由無カリシガ故ニ、此病變ガ何如ニ獸醫學者間ニ論究サレテアルヤヲ知ラズ。(余ガ親ク某々獸醫學者ニ就テ聞クトコロニ據レバ、此種ノ病變ハ、少クトモ病理解剖學、組織學上ニ、餘リ深ク注意サレザル者ノ如シ。)　又今茲ニ多クノ文籍ヲ引ク必要モ無カル可シ。

Zürn (Die Krankheiten des Hausgeflügels. 1882. S. 155.) ガ *Johne* ノ記セル解剖的所見ヲ引テ、鶏ノ『卵巢癌』ヲ說ケル者又 *Kitt* (Lehrbuch d. path. Anatomie der Hausthiere. 1901 II. Band. S. 558.) ガ其家畜病理解剖學教科書中ニ鶏ノ『卵巢腫』(Ovarioma oder Ovarioblastoma) トシテ記スル者アリ。*Behla* (Verhandlung des Comités für Krebsforschung Heft I. 1902. S. 49. Der tatsächliche Krebserreger etc. 1907 S. 102.) ハ又タ鶏ノ肝及卵巢ニ於ケル

○本篇ノ大意

◎本篇ハ『癌』ノ比較病理學的研究ニ資センガ爲ニ、余ガ明治三十八年以來蒐集セシ鷄ノ『癌樣新生物』ニ就キ、其所見ノ一班ヲ記載セシ者ナリ。(一)

○是レ人體腫瘍殊ニ癌腫ト比較スルニ堪フル者ナリ。(二)

○研究材料ノ蒐集ニ當リ、生前特ニ之ヲ確知スル特殊ノ標徴無ケレ𪜈腹部ニ、磊塊狀物ヲ觸知スルコアリ、又腹部ノ膨大、殊ニ腹水ハ屢見シトコロナリ。余ノ檢シタルハ皆牝鷄ニシテ、年長ケタル者ノミナリキ。(三)

◎是レ必シモ皆ナ同一物ト限ラザルモ、一括シテ『癌樣新生物』トセル者ノ病理解剖的變化(肉眼的)ノ主ナル者ハ、

卵巢ノ增大(此レ無キ者モアリ)ト、腹腔漿膜面ノ、磊塊狀物若クハ、結節多クノ場合ニテハ多數ニ存ス。稀ニハ此ノ結節不明ナルコアリ。是レ人體腫瘍ノ漿膜面播種ト其觀ヲ同フスル者アリ。アルコト是レナリ。少數ノ例ニテハ肝、脾、肺中ニ亦結節ノ、散在ヲ見ル(是レ人體腫瘍ノ轉移ト其觀ヲ齊フス)。

○此漿膜面新生竈ハ、其發現ノ箇所ニテ、鄰接ノ異組織若クハ他臟器中ニ進入スル

ナルコヲ是認シタル者ナリト云フ。今其記事ト圖書トニ據レバ、其新生組織(其發生地ノ異同ハ今問ハズ)ノ「組織像」ハ蓋シ我ガ病例中ノ者ト同一若クハ酷似ニシテ、就中『腺腫性癌』ノ組織形態ヲ有スル者ト相一致セリ。但シ兩氏ノ報告ニハ、其發生論等ニ就キ詳細論議スルトコロ無カリキ。

(附) 餘 論

Ehrenreich ハ凡二千ノ牝鷄ノ中ヨリ、七例ノ惡性腫瘍(中、五例ハ癌腫)ヲ得、實際ハ尙多キ割合ニテアル可キヲ謂ヘリ。余ハ今健鷄ニ對スル比例ヲ擧ゲ得ズト雖、上文ニ記シタル如ク、(第三章)此種ノ疾患ハ決テ稀有ノ者ニ非ザルナリ。從テ癌腫比較研究材料トシテ頗ル手ニ入リ易キ好適ノ者ト信ズ。

余ハ本篇ヲ草スルニ當リ、種々ノ點ニ於テ、甚ダ細心ニシテ控ヘ目ノ語氣ヲ用キタリ。人或ハ其怯ニ過グルヲ笑フ可ケレドモ、コハ理由アルコトニテ、一ハ余ノ研究ノ未ダ完カラザル者アル爲メ、一ハ此ノ際殊ニ注意深カラザル可カラザルヲ感ジタルガ故ナリ。蓋シ比較研究ノ要ハ啻ニ鷄ニ「癌」アルヲ知ルニ止マラズ、更ニ其病理ヲ精究シテ、一般病理學及人體病理學ヲ資益スルニ在リ。而テ此ノ新シキ問題ニ臨ミ、新シキ道ヲ歩ミ出スニ當リ、最初ノ歩武ハ殊ニ確實ナラザル可カラズ。是レ余ガ其初メニ於テ早ク突出疾走スルヲ欲セザル所以ナリ」。此ノ道塗ハ遼遠ナリ。同好ノ學者ガ亦此ノ方面ニ指ヲ染メ、相砥礪シテ進マンコト、余ノ衷心ノ願ナリ。」人體ヲ研究スル學者ガ、暫ク退テ鷄ヲ割クヿ、亦必シモ閑事業ニ非ズトハ、余ノ確信スルトコロナリ、

際往々此健康實質細胞ヨリ、此處ニテ直ニ新生細胞成リ立ツカノ如キ假觀ヲ呈スルコトアリ。肉眼的ニ播種トシテ見エタル結節及他臟器内「轉移竈」ト見エシモノハ、常ニ同一例中ノ新生組織ト全ク同一ノ組織像ヲ呈ス。(七)(丙)

○以上、肉眼的及組織的像ニヨリ察スルニ、新生組織ガ『組織形態』上『上皮性』ヲ示シ、且ツ其增殖ノ度盛ナルコトハ『人體』癌腫』ニ比シ頗ル其狀態ニ一致アリト謂フ可シ。

◎移植試驗ハ未ダ成功セズ。(八)

◎組織發生ニ關シテハ尚研究ヲ結了セザル者アリ。他日別ニ之ガ論說ヲ試ムル機會アル可キ故ニ、茲ニハ只之ニ關スル二三所見ト臆說ヲ語ルニ過ギズ。

○諸病例ノ病變ヲ大體ヨリ觀察スルニ、其一定數ハ卵巢ヲ以テ原發竈ト見做シ得可シ。而テ之ヨリ他ヘ『轉移』ヲ作リシ者ト見做ス可シ。

又特ニ『原發』ト認ム可キ程ノ病竈無キ病例モ亦少カラズ。其ノ或者ハ恐ラク同種ノ細胞ガ卵巢内ニモ又漿膜ニモ新生物發現以前ニ已ニ存在シ、之レヨリ新生組織發生シタリト見做シ得可キガ如シ。

○卵巢ニ新生組織ノ起源ヲ求ム可キコトハ、病例中ノ比較的多數ニ於テ疑無キガ如シ。サレバ卵巢中ノ諸組織成分、殊ニ卵巢發育ニ關係アル諸胎生的『上皮性組織』

コトヲ肉眼的ニモ認メ得。

○上述ノ病變發現ノ像ハ諸例皆ナ同樣ノ者ノミニ非ズ。今諸例ヲ通ジテ(便宜上)五類ニ分チテ之レヲ說ケリ。((四)—(五))

◎組織的態度。

○上述ノ增大セル卵巢及ビ腹腔漿膜面結節ヲ形造ル新生組織ハ、其『形態』ニ於テ明ニ所謂『上皮性』ナルヿヲ示ス。殊ニ腺管狀細胞索ヨリ成リテ、腺腫、腺腫性癌ノ組織的形態ヲアラハス者尤モ多シ。又形態上『上皮性』ナル充實性細胞索ヨリ成ル者モアリテ、兩者ノ間ニ移行アリ。其他囊腺腫(囊腺腫癌狀ヲ呈スル者ナリ。((七)ノ(甲))

○間質結締織ノ多少ハ一ナラズ。新生組織ノ增殖强盛ナルトコロハ、細胞索密ニ相群簇シ、各索間ノ間質結締織極テ細微ナルヿ多シ。

進入ノ狀態新鮮ナル場合ニ於テ、之ニ對スル反抗性組織反應ト見ル可キモノヲ、間質ニ認メザルコト至テ屢ナリ。((七)ノ(乙))

○組織的ニ其增殖狀態ヲ察スルニ。

新生細胞索ハ、直接ニ鄰接異組織內ニ進入シ得ル性アリ。

此細胞索ガ他ノ腺性臟器中ニ進入シ、其實質上皮細胞ト相觸接スルヿアリ。此

ノ余及林論文附圖第壹圖ヲ參考セヨ)。

輸卵管(ロ)ノ外壁ニ粟粒大結節(ハ)ノ散布アリ。肝(ニ)腺胃(ホ)、腸管(ト)、及脾臟(ヘ)ハ其斷面ヲ示セリ。肝ハ唯ダ其一部ヲ見ルノミ。肝ノ漿膜面及漿膜下ニ新生組織結節(チ)アリ。脾ハ甚ダ大トナリ、其大部分ハ新生組織塞(リ)ノ占ムルトコロトナレリ。

(甲)第二圖。　實物大。第二類中ノ一例。

卵巢增大シ、表面ハ他例ト異リ、畧ホ圓滑ニ近キ者、外觀上、卵巢ハ二部ヨリ成ル。(イ)卵胞殘存。

第二圖板(甲)第三圖。略ホ實物大。第四類中ノ一例(三浦守治先生祝賀論文集中余及林ノ論文附圖第二圖ノ一部分)。

(イ)磊塊狀新生物(短辈アル者ヲ見ル)。(ロ)小ナル結節。(ハ)腸管。

(甲)第四圖。　實物大。第一類中ノ一例。

肺臟ノ割面ニ新生組織ノ結節散布セル者ヲ示ス。

(イ)結節。(ロ)同上。外面ニ沿フテ生ジタル者。(ロ)血管。

(甲)第五圖。　實物大。第一類中ノ一例。

肝臟右葉ノ割面。(イ)結節。此レ一方ニテハ相連リ、大ナル塊ヲナセリ。(ロ)血管。

第三圖板(乙)第一圖。　(强擴大)

新生組織ガ顯ル著明ニ腺管狀ヲ示ス者ヲ特ニ選テ茲ニ揭ゲタリ。細胞ハ長圓柱狀ヲ

並ニ卵巣ニ關係アル若クハ隣接セル上皮性臓器及ビ『上皮性』組織ニ、此起源的關係アリヤハ、甚ダ考フルニ堪ヘタルトコロ、且ツ恐ク亦可能ノコトナランモ。未ダ然カ判斷ヲ下ス可キ陽性ノ像ニ遭遇セズ。又既ニ著明ニ發育セル卵胞上皮細胞ガ、直ニ此新生組織ヲ出スコトモ無シ。

サレド屢卵胞ト密着ノ部位的關係ヲ示シ、卵胞ノ外ニ於テ之ト直接スル新生細胞索團ヲ見ルコトアリ。是レ恐ラク卵胞ノ形成ト親密ノ關係アル細胞ヨリスルモノナル可ク。一定ノ場合ニ於テ新生組織ハ此種ノ細胞ヨリ發生スル者ノ如シ。但シ此細胞ハ卵巣ノ發達史ヨリ考ヘテ、本來何者ナリヤ、是レ尚研究ヲ要スル所ナリ。而テ敢テ卵巣ニ特有ナラザル細胞ヨリモ、新生組織發起セラレ得ルヤ、亦後日ノ研究ニ俟ツトコロアリ。(九)

◎近時 *Ulrenvich* 及 *Michaelis* ノ報告ノ鶏癌ハ、其組織像ニ於テ、余ノ例ト同樣ノ者アリト認ム。(十)

○圖解

第一圖板(甲)第一圖。　實物大。第(四)章ニ所謂第一類ニ屬スル一例。

○○卵巣(イ)増大ス。(卵巣増大ノ度ハ未ダ強カラズ。三浦守治先生就職二十年祝賀論文集中

Fig. 1

第一圖（甲第一圖）

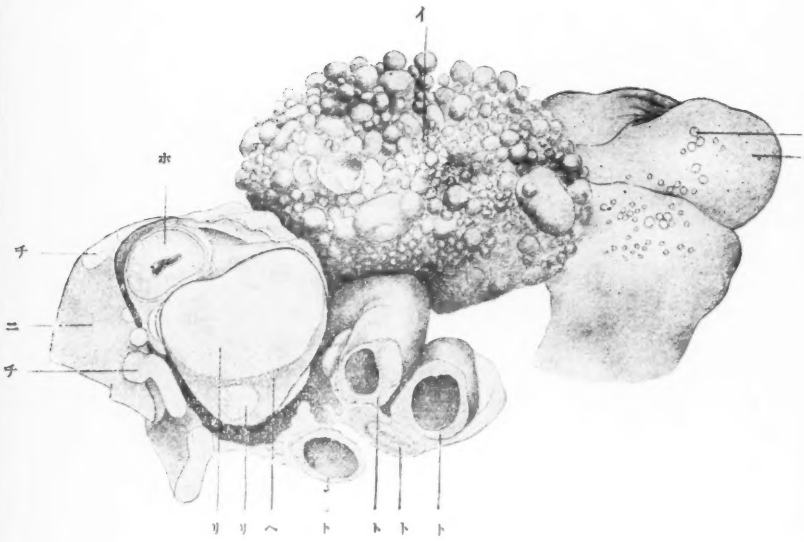
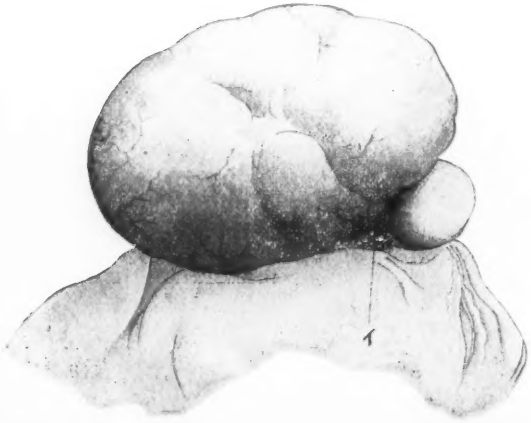


Fig. 2

第二圖（甲第二圖）



示セリ斯ク長圓柱狀細胞ヨリ成ル者ハ、唯ダ僅少ノ例ニ於テ見タルノミ。(三浦守治先生祝賀論文中、余及林論文ノ附圖第三圖ヲ參考セヨ)

(乙)第二圖。(强擴大)

新生組織ガ管腔無キ『上皮性』細胞索ヨリ成ル者。

第四圖板(乙)第三圖。　囊腺腫癌ノ組織像ヲ示ス者。

第(四)章ノ第五類例第(七)章ノ(甲)ノ(ハ)ノ甲。(弱擴大)

(乙)第四圖。　同ク囊腺腫狀ヲ呈スルモ、前者程ニ正調ニ非ザル者。

第四類。第(七)章ノ(甲)ノ(ハ)ノ乙。(弱擴大)

(乙)第五圖。　卵巢ノ一卵胞ノ周邊ニテ、殊ニ其基底部ニ當リ、細胞索新生アル者。

(イ)卵胞。(ロ)細胞新生。

第五圖板(乙)第六圖。　卵巢ヨリ遠キ腸間膜面ニ、卵胞見ハルヽ者(本病例以外)。(弱擴大)

(イ)卵胞。之ニ屬スル細胞索新生アリ。

(ロ)同樣ノ細胞索新生。但シ(イ)卵胞ニハ屬セザル者。

(ハ)卵胞。細胞索新生ヲ伴ハザル者。(ニ)卵胞ニ直接セル囊胞狀腔。

(乙)第七圖。　腸潰瘍周緣部(本病例以外。本文第(九)章(丙)(ヨ)參照)。(弱擴大)

(イ)潰瘍面。(ロ)潰瘍周緣部ニテ尋常ノ腸腺管。

Fig. 3

(圖三第甲) 圖 三 第

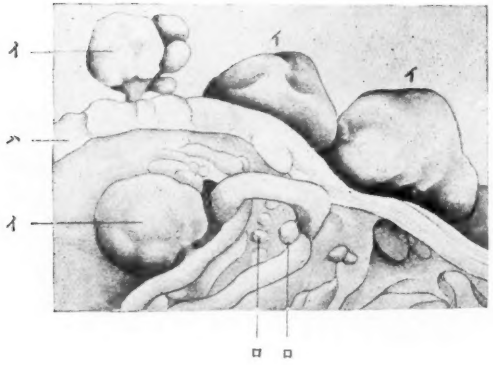


Fig. 4

(圖四第甲) 圖 四 第

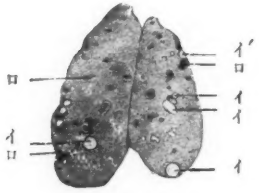


Fig. 5

(圖五第甲) 圖 五 第



Fig. 6

第六圖 (乙第一圖)



Fig. 7

第七圖 (乙第二圖)



Fig. 8

第八圖 (乙第三圖)

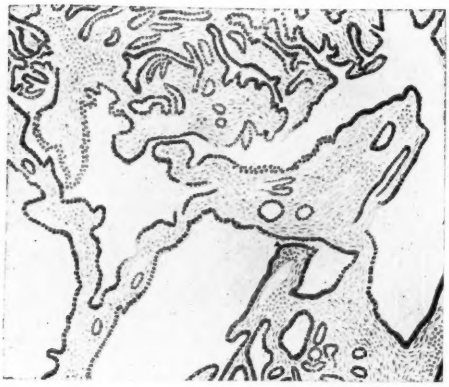


Fig 9

第九圖 (乙第四圖)

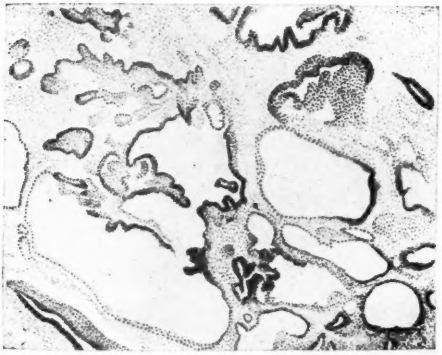


Fig. 10 a

第十圖甲（乙第五圖ノ一）

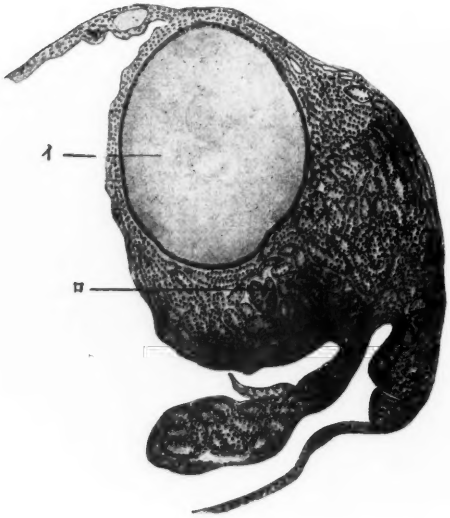


Fig. 10 b

第十圖乙（乙第五圖ノ二）

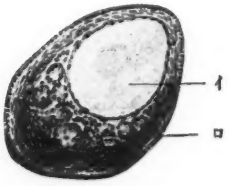


Fig. 11

第十一圖（乙第六圖）

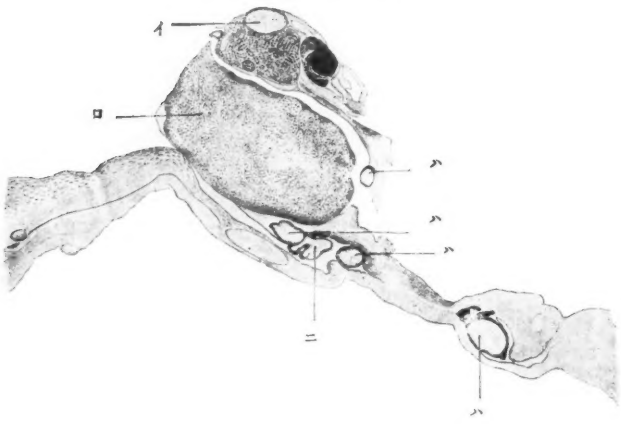
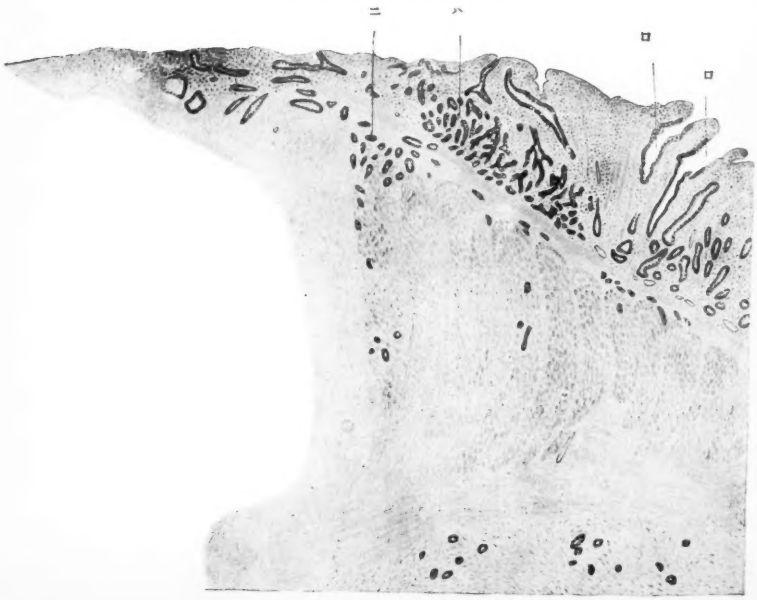


Fig. 12

第十二圖（乙第七圖）



(ハ)潰瘍周緣部ニテ新生細腺管(腔アル者アリ無キ者アリ)ノ群。
(ニ)同腺管ガ粘膜下層及筋層中ニ入リ込メル者。(ホ)筋層潰瘍底ニテハ肥厚セリ)。
(ヘ)漿膜下組織一般ニ肥厚ノ狀アリ。中ニ亦タ腺管狀ノ細キ細胞索斷面ヲ示ス。

○直腸癌ト日本住血吸蟲々卵トノ關係 (Ueber die Beziehung des Rectumkrebses und der Eier von Schistosomum japonicum)

海軍々醫少監 遠藤德之介

余ハ本年一月横須賀海軍病院ヨリ若年者ニ發セル直腸癌ノ一片ヲ受領シ此レカ顯微鏡檢査ニ從事セシニ該腫瘍ハ確實ニ腺腫性癌腫ナルト同時ニ粘膜下組織ニ日本住血吸蟲ノ蟲卵ヲ發見セリ然レモ素ヨリ死後解屍シタルモノニアラザルニヨリ諸内臟ノ病變ハ勿論當該腫瘍ト蟲卵トノ原因的關係如何ニ至リテハ之ヲ詳ニスル由ナク稍々隔靴搔痒ノ感ナクンバアラズ然レモ比較的稀レナル若年者ニ發セル癌腫ノ一例トシテ興味ヲ覺ユルノミナラズ同時ニ日本住血吸蟲々卵ノ

スル軟便ニシテ時々其中ニ膜様片ヲ混シ腐敗臭ヲ放ツ顕微鏡檢査上蟲卵ヲ發見セズ然シテ排便前ニハ別ニ疼痛ヲ伴ハサルモ排便後ハ必ス裏急後重アルヲ常トス腹部ヲ檢スルニ稍々皷脹シS字狀部ヨリ膀胱底ニ至ル腸ニ沿フテ壓痛甚シク肛門周圍ニハ數個ノ小結節アリテ肛圍ノ皮膚ト粘膜ノ接際赤腫スルモ破壞セル部ナク指ヲ深ク直腸内ニ挿入探診スルニ肛門ヲ去ル一寸仙迷ノ部ヨリ直腸粘膜面ニ磊塊不正硬固軟骨樣硬度ヲ有スル腫瘍ヲ觸知ス鏡檢スルニ此ノ腫瘍ハ直腸前壁ヨリ兩側壁ニ亘リ浸潤シテ膀胱周圍ニ蔓延シ約高サ二仙迷ノ堤狀隆起ヲナシテ左方攝護腺ノ後ニ於ヲ平坦ナル粘膜面ニ終ル而シテ表面何レモ凹凸不平ニシテ之レヲ被フ粘膜ハ表皮剝離シテ容易ニ出血ス脾臟肝臟ニ異常ヲ認メス尿ハ中性微濁ニシテ少量ノ蛋白ヲ含ミ「インドール」「スカトール」膽汁色素膽汁酸等ヲ含有セス有形成分トシテ稍々多數ノ白血球ヲ見ルノミ經過中時々不正ノ弛張熱ヲ來シ腸内瓦斯ノ蓄積ニヨリ皷脹ヲ來スヲ以テ隨時「カテーテル」ヲ挿入シ驅風ニヨリ緩解スルヲ得タリ然シテ「腫瘍ハ漸次浸潤ヲ增シ次テ肛門右壁ニモ又タ鷄卵大ノ腫瘍ヲ生シ體力漸次衰憊シ遂ニ明治四十一年一月七日鬼籍ニ上ル

腫瘍ノ一片ヲ「アルコール」ニテ固定硬化シ「チェロイヂン」包埋法ヲ施シ薄葉ヲ作リ

腫瘍間質沈着ヲ示スガ故ニ此ニ該患者ノ病歴ノ梗概ト病變組織ノ顯微鏡的所見ヲ報告シテ以テ金森博士所報日本住血吸蟲々卵性直腸腺腫ニ對スル追加トナシヌ

○病歴

甲斐國中巨摩郡鏡中條村

海軍二等水兵　齋藤　某　廿一年五ケ月

明治四十年九月十八日頃軍艦武藏乘組中食慾不振一日數行水瀉樣下痢アリテ輕度ノ頭痛眩暈ヲ感シ夜間盜汗ヲ來セシカ當時同艦ハ北海道千島沿岸ノ測量中ニシテ患者モ左程苦痛ヲ感セサルニヨリ敢テ診療ヲ受ケサリシカ逐日貧血ノ度ヲ增スニヨリ乘組軍醫官ノ治療ヲ受クルニ至レリ然レモ症狀輕快ノ狀ナク榮養次第ニ衰憊シ時々不正ノ發熱ヲ來スニヨリ同年十一月二日橫須賀海軍病院ニ入院ス

入院時現症體格中等榮養大ニ衰ヘ皮膚粘膜高度ノ貧血ヲ呈シ羸瘦ス舌ハ白苔ヲ衣シ食思缺損シ便通一日數回下痢ス便ハ暗赤色ノ凝血或ハ帶褐色ノ血液ヲ混

ハ萎縮荒蕪セラレ所々ニ出血竈ヲ呈ス

（中等度乃至強廓大）ニ於テハ各増息セル腺管腔ハ不正形ニシテ核小體不明ノ細胞ヲ以テ充實セラレ間質ニ接スル圓柱狀細胞ノ一層ハ其丈ケ稍々高ク長圓形ノ明瞭ナル核ト良ク「エオジン」ニテ赤色ニ濃染セル原形質ヲ有ス然シテ其ノ増息ヲ逞シ筋層ヲ破リ進入セル者ニアリテハ腺管腔ハ益々其擴張ノ度ヲ高メ分岐シ其上皮細胞ハ高徑ヲ増シ重疊シテ腺管腔ニ向テ増息スルノミナラス筋層中ニ向テ侵入スルヲ見ル而シテ管腔ニハ骰子形乃至圓形ノ細胞ヲ充實ス此腺管腔ヲ被フ上皮細胞ノ或ルモノハ染色質ニ富ミ核分割ヲ呈ス又タ間質結締織ハ杆狀ノ核ヲ有シ原形質ノ少シク「ヘマトキシリン」ニテ染色スル滑平筋纖維ヲ混ジ此所ニモ核分割ノ像ヲ呈ス然シテ腺管腔及間質ニハ圓形細胞ノ浸潤スルヲ見ル粘膜下組織ハ鬆疎ニシテ多數ノ蟲卵散在スルヲ認ム

腫瘍ニ隣接スル部ニ於テハ粘膜ハ稍々肥厚シ著シク腺質ノ増加ヲ呈シ紆曲密在セル腺管ハ皆ナ著シク擴張シテ内腔粘液樣物質ヲ容レタルモノアリ或ハ上皮細胞ノ増息ニヨリ内腔ヲ充實シ實質性ノ胞巢ヲ作ルモノアリテ漸次其度ヲ減シ比較的健康ナル粘膜ニ移行ス此部ニ於ケル増息腺質ノ管腔ハ又タ隨所異型的ニ

染色ハ總テ「ヘマトキシリン」エオジン」複染ヲ主トシ兼テ「ファンギーソン」氏染色法ヲ施シ檢査セリ

○組織的驗査

（肉眼的乃至弱廓大ノ所見）腫瘍部分ニ於テハ大部分赤色ニ濃染シテ樹枝狀ニ分岐セル間質アリ胞巢ニ一致スル部ハ淡赤乃至無色透明ノ網眼ヲナシ篩狀ヲ呈ス其間ニ於テ所々ニ紫色ニ濃染セル胞巢狀腫瘍實質ノ介在スルヲ見ル弱度ニ於テ檢スルニ粘膜ハ甚シク肥厚シ腺質ノ增息著シク粘膜下筋ヲ侵蝕破壞シテ粘膜下組織ニ侵入ス間質ハ富饒ニシテ良ク發育シ赤色稍々紫色ヲ帶ビ淡赤乃至無色ノ網眼トシテ現ハレタル部ハ胞巢內ノ上皮全ク粘液變性ニ陷リタル部ニシテ間々間質ニ接スル所ハ尙ホ圓柱狀上皮ノ一層ヲ被ムリ變性部中ニ遺殘セル細胞ヲ見ル濃紫色ニ染色セル部ハ甚シク變性ニ陷ラサル部ニシテ增息セル腺管腔ヲ存シ何レモ細胞ヲ以テ充塡セラル而シテ間質ニ接スル上皮ノ一層ハ明カニ圓柱狀上皮ノ形態ヲ有スルモ中央ニ存スルモノハ種々變形シタル細胞ノ集團ヲナシ顆粒狀ヲ呈ス粘膜下筋ハ著シク肥厚スルノミナラズ增息腺管ニ接スル部ニハ厚キ瘢痕樣結締織ヲ存シ其結締織中ニ淋巴小節ノ埋沒セラルヽヲ見ル而シテ粘膜表面

以上ノ所見ニヨレバ直腸内ニ發生セル腫瘍ハ Adenoma destruens ニシテ腺腫ノ惡性化セルモノナリ而メ直腸粘膜下組織其他ニ見ル蟲卵ハ其形狀大小及蓋ヲ有セザルトニヨリ日本住血吸蟲々卵ナルヤ明カナリ況ヤ本患者ハ日本住血吸蟲病ノ流行地タル甲斐國中巨摩郡ノ人タルニ於テヲヤ然シテ該腫瘍ト蟲卵トノ原因的關係如何ハ遽カニ斷言シ難シト雖モ曩キニ金森博士ハ直腸ノ腺腫ニシテ其間質ニ多數ノ日本住血吸蟲ノ蟲卵ヲ有シ明カニ該蟲卵ノ刺戟ニヨリ腺腫ヲ生セル例ヲ報告シ草間學士ハ業報癌第一年第二冊ニ日本住血吸蟲症ニ於ケル實質性肝癌ノ一例ト題シ蟲卵栓塞性肝間質炎ノ存在ヨリ癌腫ノ發生ヲ促シタルコトヲ詳說シ終リニ日本住血吸蟲々卵栓塞ハ間接的該癌腫發生ノ原因ナリト結論セラレタリ又タ岡山醫學會ニ於テ齋藤氏ハ日本住血吸蟲症ノ直腸ニ於テ腺組織ノ增息スルコヲ明示セラレタルアリ

余ハ本例ヲ以テ直チニ之レニ擬スルコヲ得ザルモ蟲卵沈着部ニ於テ腺腫ヲ生シ次テ其惡性化セルニアラサルカノ疑ヲ存スルニ於テ人敢テ異論無カルヘシ腫瘍組織ノ唯一片ヲ鏡檢セルノミナルニヨリ具體的ニ證明シ難ク而モ本例ニアリテハ腫瘍間質ニハ蟲卵ノ少數ヲ認ムルニ過キス又タ Adenoma destruens ハ二十五歲

增息スル細胞ヲ有シ多數ノ腺管何レモ單層ニシテ高徑ナル圓柱狀上皮ヲ被ムリ其細胞ハ皆ナ成形質ニ富ミ高徑ナル核ヲ其基底ニ存ス然レモ或ル部位ニアリテハ腺管腔ヲ被フ高徑ナル上皮ハ重疊シテ管腔ヲ充實シ或ルモノハ遠型的增息ヲナシテ細胞ハ其形ヲ變シ骰子形圓形トナリ核モ又タ從テ多形トナリ中央部粘液樣ニ變性スル像ヲ見ル從テ此所ニハ殊ニ腺腫ノ漸次惡性ニ陷ルノ移行像ヲ認ムルヲ得ベシ之ノ增息腺質ヲ存スル部ノ粘膜下筋ハ多少破壞セラルヽモ又タ粘膜ト同樣比較的健康ナル部ニ至ルニ從テ漸次常態ニ移行ス此部ニ於ケル粘膜下組織內及ヒ粘膜下筋ニハ多數ノ蟲卵ヲ存シ腺腫ノ間質ニハ其少數ヲ見ル然シテ或ル者ハ粘膜面ニ出テ腸內ニ謝出セントス

蟲卵ハ橢圓形或ハ卵圓形ニシテ長徑〇、〇五乃至〇、〇六密迷幅〇・〇四乃至〇、〇四五密迷ヲ有シ卵殼ハ極メテ菲薄ニシテ內容殆ント透明內ニ粗大ノ顆粒ヲ存スルモノト同質性ノ者トアリ其或ルモノニアリテハ石灰ヲ沈着シ「ヘマトキシリン」ニヨリ濃染ス全ク蓋ヲ有セズ周圍ニハ何レモ圓形細胞ノ浸潤ヲ有シ其陳舊ナルモノニアリテハ類表皮細胞ト圓形細胞ヲ以テ圍繞セラレ即チ異物結核ヲ形成スルヲ見ル然シテ多クハ粘膜下組織ノ血管及ビ淋巴管ニ沿フテ介在スルヲ認ム

○遠藤氏論文ノ後ニ附記ス (Kleine Bemerkung zum Aufsatz des Herrn Dr. Endō)

東京醫科大學敎授醫學博士　山極勝三郎

余ハボレルノ如ク內臟蟲ガ癌腫發生上特殊ノ原因的關係ヲ有シ、故ニ消化器ニ癌腫多シトノ說ヲ贊スル者ニ非ラズト雖モ、諸寄生蟲ガ時ニ諸組織ニ外傷ニ比ス可キ缺損及器械的刺戟ヲ與フルガ爲メ、當該部ニ組織ノ反應—補綴的機能ヨリ端ヲ開ラク慢性炎症的將タ再生的組織增生現象ヲ催起シ、其結果上皮性腫瘍ヲ發生セシムルヿ有ルノ事實ニ到リテハ、吾人ノ往々實驗スル所ナリトス。殊ニ本邦ニ於ケル日本住血吸蟲々卵ノ沈着ハ、或ハ腸壁ニ於テ蟲卵產出後粘膜下ヨリ粘膜ニ亘リテ生ズル炎症—缺損—潰瘍ヲ、或ハ肝ニ於テ蟲卵栓塞性間質ヲ惹起スルニ由リテ、肝ニ實質性肝癌ヲ發生セシメタルノ事實ハ、遠藤氏論文中抄錄セラレタル如ク、草間學士ノ實驗ヲ嚆矢トシ、尙目下我病理學敎室ニ於テ、貴家學士ガ調查中ナル多數肝癌例中ニ在リテ、草間氏例肝癌以外ニ於テ、更ニ一個ノ日本住血吸蟲蟲卵栓塞性間質炎ヲ伴フ實質性肝癌ノ同ク顯著ナル者アリ。(次號卽チ本業報第二年第三冊

乃至二十八歳ノ若年者ニ敢テ稀レナリトス可キニアラズ故ニ本例ハ或ハ日本住血吸蟲症ニ罹レルモノ偶々惡性腺腫ヲ發生セルモノナリト解釋スルヲ穩當ナリトス可キカナレトモ近來日本住血吸蟲症ニ關スル報告漸ク多カラシトスルニ當リ玆ニ一例ヲ附加スルモノナリ

終リニ臨ミ鈴木軍醫總監閣下カ此ヲ報告スベキ許可ヲ與ヘラレタルト桑原軍醫大監ノ此ノ貴重ナル材料ヲ惠與セラレタルヲ謹謝シ併セテ恩師山極博士ノ懇篤ナル指導ヲ謹謝ス

引用書目

金森辰次郎氏　東京醫學會雜誌第十二卷第二及第三號 Mitteil. d. med. Fac. d. kaiserl.-Jap. Univ. Tokyo Bd. IV.

桂田富士郎氏　寄生蟲病ノ病原卅七年八月十三日官報

草間　滋氏　業報癌第一年第二冊

山極勝三郎氏　胃癌發生論；Mitteil. med. Fac. kaiserl.-Jap. Univ. Tokyo. Bd. VI.

○膵臓癌ニ就テ (Ueber den Pankreaskrebs)—附表一枚—

京都醫科大學猪子外科教室ヨリ

陸軍一等軍醫學士　室谷脩太郎

膵臓癌原發症ニ關シテハ古來已ニ病理學者 Bonet, Lieutaud 及ビ Morganic 等ノ諸氏ガ記載サレ近時ニ及ンデ Körte, Mayo Robson 及ビ Oser 其他多數學者ノ著アリ加之本邦ニ於テハ大阪高安、丹波佐治、東京宮本、東、及ビ草間等ノ諸氏ニヨリ報告セラレアルモ未タ其ノ臨床的症候ニ關シ之ヲ鑑別スルノ域ニ達セズ余亦敢テ之ニ資スルノ才ナキモ頃日曩キニ外科學會總會ニ於テ報告セシ硬變性膵臓炎ト本病トノ關係ヲ攻究セントスルノ際偶原發性ノ三例ヲ實驗シタレハ只之ヲ報告スルニ過キズ

蓋シ本病ノ成立ニ關シテハ一般他ノ癌腫ト異ナル處ナク其ノ症候タルヤ假令病ノ初期ナルト末期ナルトヲ問ハス認ムベキ確實ナル兆候ヲ有セサルモノヽ如シ此ニ於テカ諸多ノ兆候ヲ綜合シテ細心考察ヲ遂グルニアラズンハ最後ノ確診ヲ求メ得サルナリ茲ニ從來諸家ノ唱道セシ處ノモノヲ列擧セハ即チ次ノ如シ

ニ公ニセラル)又日本住血吸蟲々卵性腸壁潰瘍部ニ於テハ、同ク遠藤氏所錄ノ齋藤氏モ記セル如ク、將タ寄生蟲性ナラザル他ノ原因ニ由ル腸胃ノ潰瘍ニ於テ普通ニ見ルガ如ク、然カモ就中蟲卵性潰瘍ニ在リテハ、新生粘膜腺管ガ粘膜腺上皮ノ再生機能ノ亢進ニ依リテ、蟲卵性潰瘍ノ緣ヨリ底ヲ頗ル美麗ニ被蓋シ、更ニ進ンテ附近粘膜下ニ向ツテ突入スルヲ見ル、且ツ又此ノ補綴再生的潰瘍面被蓋ノ際ニ於テ腺上皮ト同時ニ間質ノ新生ヲ伴フ爲メ新生腺管間々質內ニ於テハ蟲卵ヲ見ズ新生腺管ト間質團ヲ圍メル粘膜下ニ於テ蟲卵ノ存スル狀ハ、余亦本年我敎室川村學士(近刊東京醫學會雜誌ニ出ヅ)ノ作製セル山梨病ニ罹レル犬ノ大腸壁標本ニ就テ自カラ觀察スルコヲ得テ、曩ニ金森氏今又遠藤氏報告ノ如キ、日本住血吸蟲々卵沈着ヲ示セル直腸破壞性腺腫ノ實驗セラルコアル者蓋シ偶然ニ非ラザルヲ解得シ、並ニ余ガ始メ遠藤氏標本ヲ示サレタルキハ、氏ガ論文中ニ記セル如ク腫瘍組織間質內ニハ卵ノ少キノ事實ヲ以テ、原因關係上疑ヲ存スベシト考ヘタルモ、此事實ハ後ニ到リ、上述大腸標本ノ觀察ノ結果、之レヲ再生ノ場合ト同樣ニ解釋スベキヲ學ビ得タレバ茲ニ卑見ヲ追記スルコトセリ

明治四十一年八月

遠藤氏論文ノ後ニ附記ス

術後死ニ至ル日數　百九十九日

既往症及現症　既往症ニ記ス可キナシ本症ハ三週間前突然戰慄及黃疸ヲ發シ同時ニ上腹殊ニ肝臟部ニ於テ疼痛ヲ有シ其ノ後胃部ニ裂クカ如キ感アリ時々惡寒ヲ來シ熱發ス然レモ嘔吐ナシ藥劑ニヨリ下痢ス食慾稍良

他覺的症狀　一般痩削皮膚黃變ス腹部稍强ク膨滿シ臍ノ上部ニ橫行セル輕キ隆起部アリ膽囊ヲ觸ルヽモ肝脾ハ然ラス腹水ナシ到ル處甚シキ壓痛ナク又明カニ腫瘤ヲ認メ得ス鎖骨上窩ニ於テ櫻實大ノ硬キ腺ヲ觸ル尿中膽汁色素反應著明蛋白及糖分陰性便ハ灰白色

開腹時所見　膽囊充實球形ヲ呈シ結石ナク幽門部異常ナシ膵頭ハ腫瘍ニ變シ總輸膽管ハ其ノ輸出口ニ於テ壓セラレ且ツ癒着ノ爲メ腸ノ一部ハ屈曲セラレアリ依テ膽囊十二指腸瘻竝ニ胃腸吻合術ヲ行フ

術後經過佳良黃疸ハ漸次減退セシモ後遂ニ衰弱ニ依リ死ス

剖檢時所見　肝臟ハ季肋下二橫指ノ處ニ位シ轉移竈ヲ有ス十二指腸ニ潰瘍アリ恰モ此部ニ接シ膵頭ハ手拳大ノ腫瘍ニ變シ腸間膜ニ向ヒ結節狀ノ突起ヲ出セルヲ認ム尾部尋常稍硬シ膵管ハ體及ビ尾部ニ於テ擴張シ且ツ尾部ヨリ九仙迷

(一) 上腹部ニ於ケル疼痛

(二) 上腹部ニ於テ腫瘤ヲ觸知スルコト

(三) 間歇ナキ黄疸ヲ有スルコト

(四) 肝臓肥大ナクシテ膽嚢獨リ膨大スルコト

(五) 體温異常ニ低キコト

(六) 急速ニ羸痩シ且ツ悪液質ヲ呈スルコト

(七) 疾病期間ノ短キコト

(八) 嘔吐スルコト

(九) 脂肪便ヲ有スルコト

(十) 糖尿ヲ有スルコト

以上各個ノ症狀ヲ述ブルニ先チ玆ニ成書ニ於テ比較的精細ニ記述セラレアルモノ十五例(共ニ要點ノミヲ拔萃ス)竝ニ余ノ三例ヲ順次列記シ彼我參照以テ一般症狀ニ就キ論及スル處アラントス

第一例　五十九歳ノ男子　外人

發病ヨリ死ニ至ル日數　二百二十五日

開腹時所見　僅ニ腹水ヲ認ム右ハ十二指腸ヨリ左上方噴門ニ至ル突起ヲ有スル膵ノ腫瘍ヲ見後腹膜淋巴腺ノ肥大セルモノ多ク膽嚢充實結石ナシ腫瘍ハ之ヲ摘出スル能ハス爲メニ膽嚢十二指腸瘻形成術ヲ行フ

剖檢時所見　胃ハ著シク擴張シ左半腹ヲ占有ス十二指腸ハ横行部並ニ下行部ノ上端ニ於テ強ク擴大シアルモ以下頓ニ狹窄ヲ來シ漸ク小指ヲ通過セシムルニ過キス肝臟縮小肝管強ク擴大シ其ノ割面ニ散在性ニ轉移性灰白白色ノ結節ヲ認ム膽嚢大膵頭ハ甚タ硬キ腫瘍ニ變シ十二指腸ノ下行部ヲ強ク壓迫ス腸間膜及ヒ結腸間膜腺ハ肥大且癒着ヲ營ミ爲メニ粗糙且硬キ小林檎大ノ團塊ニ變シアリ總輸膽管及ビ膵管ハ著シク擴張シ共ニ腫瘍中ニ入リ消失セリ而シテ輸出管擴張ノ爲メ膵ノ組織ハ著シク減少セラレアルヲ認ム

剖檢的診斷　原變性膵頭癌腫　總輸膽管並ニ膵管擴張　肝臟轉移性癌腫等

第三例　六十八歳ノ女子　外人

發病ヨリ退院ニ至ル日數　百二十二日

術後退院ニ至ル日數　十四日

既往症及ヒ現症　既往症トシテ特ニ記スベキナシ現症ハ約三ケ月前ヨリ漸次衰

右方ニ於テ管ハ腫瘍ノ爲メ狹ク且ツ直角ニ曲リ其ノ尖端ハ該部ヨリ尚四仙迷右ニ於テ十二指腸ニアル潰瘍ニ移行シ其ノ境界明瞭而シテ總輸膽管ノ潰瘍ニ接スル部ハ開口スルモ殆ント萎縮シ擴張ナク膽管亦然リ

剖檢的診斷　原發性膵頭癌腫　膵管擴張　肝臟轉移性癌腫等

第二例　三十二歳ノ男子　外人

發病ヨリ死ニ至ル日數　二百四十二日

術後死ニ至ル日數　百四十九日

既往症及ビ現症　既往症トシテ記スヘキナシ本症ハ突然黄疸ヲ以テ始マリ全身倦怠アリ後膽囊部ニ隆起物ヲ認メ漸次增大後稍縮小セシモ黄疸依然去ラス而シテ疼痛ハ殆ント缺如シ只發病後一兩日間膽囊部ニ中等度ノ疼痛アリシノミ嘔吐ナク食機尋常便通一日一行

他覺的症狀　榮養中等皮膚一般黄變ス上腹部ニ横行スル棒狀ノ腫瘤ヲ觸レ稍明瞭ヲ缺ク肛門ヨリ送風スルニ敢テ特徵ナシ肝臟肥大シ膽囊ハ右乳線ニ於テ臍ノ高サニ達スルモノヽ如ク觸知ス胃液尋常尿ハ膽汁色素反應著明蛋白及ヒ糖分ナク便ハ當初灰白白色ナリシカ後褐色トナレリ

良二週間ノ後退院爾後報道ナシ

診斷　原發性膵頭癌腫

第四例　四十歲ノ男子　外人

發病ヨリ退院ニ至ル日數　不明

術後退院ニ至ル日數　十五日

既往症及ビ現症　約二年前食後不快ノ感ヲ覺エ續テ胃部ニ裂クガ如キ疼痛ヲ有シ殊ニ便通前ニ增劇セシカ後此疼痛ハ時々往來シ常ニ約十五分ニシテ輕快セシモ食後ノ疼痛依然トシテ去ラス始メ半時間ナリシカ後ニ一晝夜ノ長キニ亘リ逐日增惡シ漸次衰弱ニ傾ク黃疸ヲ發セシコトナク又一回ダモ吐セズ食機佳良一般秘結ニ傾ク

他覺的症狀　體格中等一般衰弱ス腹部稍陷沒柔軟下腹部ニ於テ靜脈僅カニ怒張ス臍ト劍狀突起ノ中央部ニ於テ少シク左方ニ偏シ圓形雞卵大ニ腫脹セルモノヲ觸レ周圍トノ境界明瞭ナリ然レモ移動セス胃ヨリ送風スルニ腫瘤ハ隱ルヽモ尙一部ヲ觸ル然レモ肛門ヨリセバ全ク消失ス右側臥位ニ於テハ全ク脾臟ノ部位ニ一致シ硬キ腫瘤ヲ觸レ前顯ノ腫瘤ト相連絡セルモノヽ如シ肝肥大ナシ

弱ヲ來シ屢々腹痛ヲ有スルモ限局性ニアラス約一ケ月後右側腹部ニ漸次增大且壓痛アル腫瘤ヲ認ムルニ至レリ食思良ナルモ從前ニ比シ衰フ只二三回嘔吐セシノミ黃疸ナシ便ハ一日一行異常物ヲ認メス

他覺的症狀　著シク痩削シ衰弱ノ度强シ中等度ノ血管硬化症ヲ有ス腹壁ハ非常ニ弛緩シテ薄ク右上腹部ニ於テ左ノ肝緣ニ接シ大人手拳大ノ硬キ腫瘤ヲ觸レ僅カニ上下運動ヲ營ム肝臟トノ境界明瞭ナラスシテ之レニ被ハレアルノ感アリ而シテ腫瘤ハ幽門部ニアルモノノ如ク胃ヨリ送風スルニ腫瘤ハ僅カニ下方ニ移動シ不明瞭トナル胃ハ擴張シ臍下二橫指ノ處ニ達ス肛門ヨリセハ又少シク不明瞭トナル胃ニ遊離鹽酸ナク乳酸反應著明尿ニ蛋白及ヒ糖分ナク便ハ尋常

診斷　幽門癌腫

開腹時所見　殆ント小兒頭大ノ腫瘍ノ膵頭ニ一致シアリテ橫行シ一方ハ肝臟ニ至リ其ノ肛門部ニ突起ヲ出シ且ツ一部ハ膽囊管ニ及ヒ他方ハ膵尾ニ達シ膵體及ヒ尾部ハ多少侵害セラル而シテ一般周圍ノ淋巴腺肥大セルモノ多ク爲メニ腫瘍ヲ摘出スル能ハス依テ試驗的開腹術ヲ施セシニ過キサリシニ其ノ經過佳

診斷　高度ノ黃疸　總輸膽管閉塞　惡性腫瘍カ

開腹時所見　膽囊充實シ網膜及ヒ腹膜ト癒着シ壞疽狀ヲ呈ス膽囊ヲ開キ其ノ粘膜ヲ檢セシニ輕ク乳嘴狀ヲ呈セルモ腫瘍狀ニ變化シアラス膽囊管擴大且ツ少シク屈曲ス尙中央線ヨリ稍左方ニ偏シ槌形ヲナセル膵頭部ノ腫瘍部アリテ尾部マテ連續セリ依テ膽囊部ノ癒着ヲ剝離シ且膽囊十二指腸瘻形成術ヲ行フ術後劒血アリ引續キ漸時昏睡ニ陷リ死ス

剖檢時所見　帶黃出血性ノ混濁セル腹水アリ膵尾及ビ體ノ一部ハ硬變顆粒狀ヲ呈シ膵頭ハ林檎大ノ腫瘍ニ變シ硬結ス膵管ハ體部以下ニ於テ擴大シ頭部ニ於テ不明膽囊管ハ拇指頭大ニ膨大シ總輸膽管ハ壓迫セラレ肝管亦强ク擴大ス肝臟ノ左葉ニハ多數ノ轉移竈ヲ有ス

剖檢的診斷　總輸膽管膽囊管及ビ肝管ヲ侵害セル原發性膵頭癌腫　膵管擴張及ビ肝臟轉移癌腫等

第六例　年未詳男子　外人

發病ヨリ死ニ至ル日數　二百三十八日

術後死ニ至ル日數　百二十二日

胃ニ遊離鹽酸ナク乳酸多量尿中蛋白並ニ糖分ナシ

開腹時所見　胃ハ尋常擴張ナク硬結物ヲ認メス横行結腸亦尋常然ルニ兩者ノ中央ニ於テ稍大ナル腫瘍ヲ認ムソハ全ク膵ノ體及ビ尾部ニ該當シ附近多數腸間膜腺ノ大小肥大セルヲ認ム腫瘍ノ大ナルト轉移竈ノ多キタメ試驗的開腹術ヲ施セシニ過ギス術後疼痛及ヒ嘔吐ナク十五日ヲ經ヲ退院ス爾後報道ナシ

診斷　原發性膵體及尾部癌腫

第五例　四十五歳ノ男子　外人

發病ヨリ死ニ至ル日數　百二十四日

術後死ニ至ル日數　十九日

既往症及ビ現症　未ダ著患ナク健全ナリシカ百日前ヨリ漸次黄疸ヲ發シ衰弱ヲ來シ當初疼痛ヲ缺キシモ一ケ月後胃部ニ鈍痛ヲ有シ且ツ食後肝臟部ニ激痛ヲ有スルニ至ル時々三十八度内外ノ發熱アリ嘔吐ナク食思不振

他覺的症狀　羸削シ皮膚黄變ス腹部一般皷腸ヲ呈シ膵ノ右方膽囊部ニ該リ强キ壓痛ヲ有スル抗抵物ヲ觸ル肝臟ハ觸レ硬ク表面滑澤輕度ノ壓痛アリ腹水ナシ尿ニ膽汁色素反應著明蛋白ノ痕跡アルモ糖分ナシ便ハ硬ク膽汁色素ヲ缺ク

既往症及ビ現症　既往症トシテ特ニ記スベキナシ本症ハ約半ケ年前心窩部殊ニ右側腹部ニ於テ一種ノ疼痛ヲ有シ約一ケ月ノ後疼痛增劇シ寧ロ發作性トナリ四十日後ニ至リ黄疸ヲ併發シ一張一弛全ク消失セシコトナク漸次衰弱セリ即六ケ月間ニ五十磅ヲ減シタリ嘔吐ナク食思衰フ

他覺的症狀　腹部柔軟ニシテ膨隆セス膽囊部ニ胡桃大ノ硬キ稍强キ壓痛ヲ有シ呼吸ニ依リ多少動搖スル抵抗物ヲ觸ル胃ハ膨大シ肝臟ハ觸レ僅ニ壓痛ヲ有ス尿中蛋白及ヒ糖分ナク膽汁色素反應著明便ハ灰白白色ナリ

診斷　總輸膽管閉塞　結石　腫瘍カ

開腹時所見　腹水僅カニ存シ膽囊稍充實其ノ一部癒着ス膽道ニハ結石ナシ膵頭ニ於テ幽門ニツヾク所ノ硬キ結節アル腫瘍ヲ有シ十二指腸ト癒着シ容易ニ剝離シ得ス依テ膽囊十二指腸瘻形成術ヲ行フ術後七日ニ死ス

剖檢的所見　僅カニ腹水アリ肝臟大膽囊擴張膽囊管屈曲膽汁ナシ膽管亦擴大ス總輸膽管ハ膽囊管ト共ニ腫瘍中ニアリ而シテ此腫瘍ハ膵頭ニ存在セル林檎大ノ圓キ硬固ナル腫瘍ニ移行セリ而シテ膵頭部ヲ侵セル腫瘍ハ他ノ硬變セル膵臟組織ト明カニ限局セラレ膵管ハ尾部ニ於テ擴張シ腫瘍ニ近ヅクニ從ヒ漸次

遺傳症既往症並ニ現症　父ハ黄疸ニテ死セリ患者生來強健二年前偶然黄疸ヲ發シ熱發並ニ心窩部ニ疼痛ヲ有シ殊ニ食後ニ增劇セリ然レ𪜈嘔吐ナク半ケ年ニシテ輕快セリ然ルニ一ケ年ノ後再ビ同病ヲ發シ漸次衰弱ス食慾稍妨ケラレ秘結ス

他覺的症狀　稍羸削皮膚一般黄變ス腹部膨滿ナク右心窩部ニ於テ小兒手大ノ扁平ナル膨隆部アリ肝臓平滑ニシテ硬ク觸レ膽囊ハ鶏卵大トナリ彈力性硬度ヲ有ス便ハ粘土色ヲ呈シ尿中蛋白ノ痕跡ヲ認ム

診斷　總輸膽管閉塞　結石カ　腫瘍カ

開腹時所見　膽囊ハ長ク且ツ大トナリ肝臓ノ下面ト强ク癒着シ結石ヲ認メス膵頭ハ棒實大ノ硬キ結節ヲ有シ尚周圍ニ棒實大ノ淋巴腺無數アリ依テ一個ヲ摘出シ試驗ニ供シ膽囊切開術ヲ施ス退院後三ケ月餘ニシテ自宅ニ於テ死ス

診斷　膵頭ノ腫瘍(鏡檢上腺細胞癌腫)

第七例　四十歳ノ男子　外人

發病ヨリ死ニ至ル日數　二百四日

術後死ニ至ル日數　七日

術ヲ行フ術後尚秘結シ疼痛依然タリ而シテ二ケ月後ニ死ス

診斷　原發性膵臟癌カ

第九例　四十七歲ノ男子　外人

發病ヨリ死ニ至ル日數　百六十四日

術後死ニ至ル時間　六時間

既往症及ヒ現症　既往症トシテ本症ニ關係アル疾病ニ罹リシコトナク未タ胃腸ノ疾患ヲ憂ヘシコトナシ然ルニ本症ハ約六週間前ヨリ一種痙攣性ニ起ル餘リ强カラサル疼痛ヲ上腹部ニ覺エ黃疸ヲ發シ後始メテ吐セリ食慾稍衰ヘ秘結ス他覺的症狀　人事不省ノ狀態ニアリテ衰弱甚シ皮膚一般黃變ス右側上腹部ニ於テ稍壓痛ヲ有スル箇所アリ而シテ右乳線ト中央線トノ間ニ於テ彈力性ノ大人手拳大ノ平滑ナル多少移動スル限局性ノ腫瘤ヲ深部ニ觸知シ其ノ部ハ濁音ヲ呈ス肝臟ハ季肋下一橫指ノ處ニ於テ之レヲ觸ル而シテ食スレハ吐シ且ツ吐糞症ヲ有シ凝血ヲ含ム灌腸ニヨリ少許ノ糞便ヲ得タリ

診斷　膽囊癌　總輸膽管結石カ

開腹時所見　膽囊ハ橙大トナリ外見上異常ナシ膽囊頸ト膽囊管ニ榛實大ノ結石

狹縮ス肝道亦擴大セリ

剖檢的診斷　膵頭癌腫　總輸膽管及ヒ膵管ノ狹窄　膵尾硬變症　肝臟轉移性癌腫等

第八例　三十五歲ノ男子　外人

發病ヨリ死ニ至ル日數　二百五十日

術後死ニ至ル日數　八十日

既往症及ヒ現症　約半ケ年前ヨリ胃ニ痙攣樣ノ發作アリテ秘結ヲ伴フ而シテ八週間前ヨリ嘔吐ヲ來シ十週間ニシテ四十磅ヲ減シ漸次衰弱ニ傾ク黃疸ヲ發セシコトナシ食慾稍良

他覺的症狀　羸削セル男子肝臟ハ季肋下三橫指ノ處ニ觸レ其ノ下緣ニ於テ中央線ニ近ク圓キ林檎大ノ抗抵物ヲ觸ル麻酔ニ乘シ之ヲ檢セシニ其ノ膽囊ナルコトヲ確メ得タリ尿ニ蛋白及糖分ナシ

診斷　膽囊腫瘍

開腹時所見　膽囊充實シ其ノ基底部ニ於テ粗糙ナル結節ヲ有スル腫瘍アリ膵頭ニ向ヒ移行シ此間明瞭ナル境界ヲ認メス腫瘍ハ一般ニ凸凹不正ナリ胃腸吻合

胃ノ下界ハ季肋下二横指ノ處ニ位シ其ノ下部ニ於テ左乳線ト副胸骨線トノ間ニ大人手拳大ヨリ稍大ナル硬キ結節狀ノ腫瘤ノ深部ニ於テ固着セルヲ認メ呼吸運動ニ伴ハス而シテ壓痛アリ其ノ上部ハ結腸ニテ蔽ハレアリ尙腫瘤ヨリ右方ニ横走スル硬キ結節狀ノ索狀物ヲ觸ル胃液ニハ遊離鹽酸ナク乳酸反應著明尿ニ蛋白及ビ糖分ナシ而シテ脂肪便ハ著明ナリ入院後幾何モナクシテ死ス

診斷　手術不可能ナル膵臟癌腫

剖檢時所見　膵臟及ヒ横行結腸ハ合シテ一ノ硬キ瓦解ニ傾キアル腫瘍ヲ形成シアルモ胃ハ未タ犯サレス然レ𪜈一部ハ之レト癒着セリ患者ハ突然心臟衰弱及ヒ肺浮腫ノ爲メ斃レシモノナリ

剖檢的診斷　原發性膵臟癌腫(主トシテ尾部)

第十一例　四十五歳ノ男子　外人

發病ヨリ死ニ至ル日數　百六十一日

術後死ニ至ル日數　十一日

既往症及ビ現症　約三ケ月以來心窩ノ中央ヨリ左方ニ擴ガル所ノ激痛ヲ有シ食餌ニ何等ノ關係ナカリシカ三日ヲ經テ黄疸ヲ起シ漸次衰弱二ケ月ニシテ二十

アリ尚總輸膽管ニモ結石ヲ認メタリ而シテ膽嚢頸部ニ胡桃大ノ結節アリ依テ膽嚢切開術ヲ施シ護謨管ヲ挿入セシニ膽汁出テス術後六時間ニシテ死ス

剖檢時所見　腹腔臓器ニ脂肪多ク膽嚢中等大ニ擴張ス總輸膽管ハ瘢痕狀ニ短縮セシモ十二指腸ニアル開口部ハ尋常而シテ其ノ部ニ接シ二錢銅貨大ノ潰瘍面アリテ其ノ底ニ膵ノ組織侵入シ膵管ハ缺刻狀ニ擴張シ之ヲ開クニ内ニ牛乳樣混濁セル液ヲ以テ充タサレアリ膵ハ全般ニ亘リ硬ク結節狀ヲ呈シ殊ニ膵頭ハ著シク腫脹硬結ス肝ノ兩葉ニハ轉移竈多シ

剖檢的診斷　膵臓癌　膽嚢肥大　肝臓轉移癌腫等

第十例　五十八歳ノ男子　外人

發病ヨリ死ニ至ル日數　百八十日

手術ヲ行ハス

既往症及ヒ現症　半ケ年前ヨリ胃部ニ疼痛ヲ有シ漸次衰弱且ツ貧血ヲ呈スルニ至リ其ノ後幾何モナクシテ臍ノ左上方ニ於テ僅カニ移動スル腫瘤ヲ觸レ漸次增大セリ然レモ黄疸嘔吐共ニナシ食慾良便通尋常

他覺的症狀　惡液質ヲ呈シ貧血セル男子腹部柔軟肝臓ハ觸ルヽモ膽嚢ハ然ラス

シカ鏡検上膵頭ハ浸潤性網狀トナリ膠樣變性ヲ營ム尾部ハ然ラスシテ纖維性ノ新生物ニ富ム總輸膽管ニハ上皮細胞ナク強ク肥厚シ且ツ硬化セルモ癌腫狀ニアラス

剖檢的診斷　膵頭膠樣癌腫　膵尾硬變症　總輸膽管及ビ膽囊管ノ狹窄　肝臟硬變症等

第十二例　三十九歲ノ女子　外人

發病ヨリ死ニ至ル日數　不明

術後死ニ至ル日數　不明

既往症及ビ現症　二十年前腹部ニ發作性ノ激痛ヲ覺エ嘔吐呑酸之レニ伴ヒシ以來每年五回宛同樣ニ發作セシモ敢テ何等ノ障碍ナカリシカ五ケ月前ヨリ著シク衰弱ヲ來シ食後胃ニ壓痛ヲ有シ來リ腹部一般ニ鈍痛アリテ秘結ス然レ𪜈黃疸ナク其ノ後ハ吐セス

他覺的症狀　上腹部殊ニ中央線ニ於テ其ノ深部ニ結節狀ノ甚タ硬キ腫瘤ヲ觸レ一見小瓢ニ位セル者ノ如ク胃ヨリ送風スルニ一ノ腫瘤ハ前壁ニ他ハ後壁ニアルノ感アリ胃ニ擴張ナシ肝臟ハ觸レ其ノ下端ニ舌狀ノ稍壓痛アル腫瘤ヲ認ム

磅ヲ減シタリ嘔吐ナク食慾稍良便通尋常

他覺的症狀　羸削セル男子黃疸强シ腹部ハ稍膨滿スルモ柔軟ナリ肝ハ觸レ其ノ邊緣鈍ニシテ硬シ表面滑澤肛門ヨリ檢スルニ恰モ指尖ニテ達スル部ニ腫瘤樣ノ僅カニ移動スル抗抵物ヲ觸ル便ハ灰白白色ニシテ脂肪球ヲ含ム尿ニ蛋白及ヒ糖分ナシ

診斷　總輸膽管ノ腫瘍ニ依リ壓迫セラレアルモノ

開腹時所見　肝臟ハ硬ク表面平滑膽囊ハ中等度ニ充實シ十二指腸ト橋狀ニ癒着シ固定ス而シテ膵頭ニ於テ胡桃大ノ粗糙ナル結節ヲ認ム恐クハ膵頭ノ惡性腫瘍ナラン周圍ノ淋巴腺ハ一般ニ多ク硬固ス依テ膽囊十二指腸瘻形成術ヲ行フ

剖檢時所見　汎發性腹膜炎ヲ認ム肝臟肥大シ硬ク總輸膽管ハ十二指腸部ニ於テ開口ス肝管及膽囊管ハ其ノ集合點ニ於テ强ク壓セラレ狹窄ヲ呈スルモ尙通過ヲ許ス肝管ハ著シク擴大シ膽囊管ハ殆ント直角ニ屈曲シ兩者共ニ其ノ壁厚ク顆粒狀ヲ呈ス結石ナシ而シテ肝管狹窄部ノ下方ニ於テ膵頭硬ク浸潤シ其ノ膵管ノ十二指腸ニ於ケル開口部ニ一種ノ肥厚ヲ有シ且ツ膵全組織ハ增殖シ來リ膵管爲メニ乳頭マテ追及スルヲ得ス而シテ膵ハ腫瘍ナルヤ一見分明ナラザリ

、ニ至レリト云フ食慾尋常他覺的ニハ膽囊大トナリ觸知シ總輸膽管ニ沿ヒテ拇指頭大ノ硬結物ヲ觸ル爾後膽囊擴張其ノ度ヲ進メ來リ漸次衰弱ヲ加ヘ刺且ツ穿通樣ノ疼痛ヲ有シ體温三十八度五分内外ニ昇騰シ來リ後死ス

剖檢時所見　腸間膜及ビ後腹膜淋巴腺ニハ腫脹又ハ腫瘍ノ轉移ナシ膽囊ハ鷄卵大ニ腫脹シ膽囊管膽管及ビ總輸膽管ハ高度ニ擴張シ總輸膽管ノ如キハ示指大トナレリ而シテ其ノ擴張セル總輸膽管ニ沿ヒテ指頭ヲ十二指腸乳頭ノ方向ニ送ルニ未タ之ニ達セサル前該管ハ擴張ヲ停止シソノ深部ニ於テ拇指頭大ノ彈力性硬ノ結節ヲ觸知ス之ヲ檢スルニ膵頭ナリシ而シテ增殖結締織ニ依リ周圍ト癒着ス

剖檢的診斷　原發性膵頭癌腫　總輸膽管囊膽管並ニ肝管ノ擴張及ビ肥厚等

第十四例　四十七歲ノ女子　邦人

發病ヨリ死ニ至ル日數　不明

手術ヲ行ハス

既往症及ビ現症　五ケ月前ヨリ食慾不振胃ニ膨滿ノ感アリ然レドモ疼痛及ビ嘔吐ナカリシ四ケ月前ニ左上腹部ニ雞卵大ノ腫瘤ヲ發見シ之ニ壓痛アリテ漸次增

胃液ニ遊離鹽酸ナク痕跡ノ乳酸アリ尿ニ蛋白及ビ糖分ナシ

診斷　胃癌　膽石カ

開腹時所見　腫瘍ハ膵ニ一致シ胃ノ後方ニ位シ深部ニ於テ一般膨大不正ノ結節狀ヲ呈ス而シテ周圍ニハ肥大セル淋巴腺多數附着シ且ツ腫瘍ハ小腸及大腸ノ腸間膜ノ一部ト癒着シ爲メニ摘出シ難シ依テ十二指腸廻腸皺襞部ニアル硬キ腺一個ヲ摘出ス膽囊ニハ結石ヲ證明セス其ノ後腹痛消散シ退院ス

診斷　膵癌(摘出セシ腺鏡檢上癌腫)

第十三例　五十九歲ノ女子　邦人

發病ヨリ死ニ至ル日數　百日

手術ヲ行ハス

既往症及ビ現症　食後一定時間ヲ經テ左側季肋部ニ可ナリ劇甚ナル疼痛ヲ感セリコハ限局セスシテ先該部ニ始マリ右側季肋部ニ至リ次テ左側腸骨窩ニ波及シテ消散スルヲ常トセリ尙之レト同時ニ一種穿通樣疼痛ノ背部ニ向ヒ傳播シ同部ニ緊張ノ感覺ヲ惹起セリ上記二種ノ疼痛ハ嘔吐ヲ伴ハス三十日ニシテ漸次輕快セシモ此頃ヨリ黃疸ヲ發シ自カラ右側季肋下部ニ壓痛アル腫瘤ヲ觸ル

既往症及ビ現症　未ダ著患ナシ四五日前ヨリ寒冒ノ氣味アリ食後胃痛アリト云フ而シテ時々熱發シ疼痛ハ持續性トナル嘔吐ナク又黄疸ヲ知ラス食機良便通一日一行快通シ爲メニ患者ハ著シキ苦痛ヲ感セザルモ疼痛並ニ發熱ノ爲メ受診ス

之ヲ診スルニ體格榮養極メテ佳良脈搏八十七至體温三十七度三分舌薄苔ヲ衣シ胃部殊ニ幽門部ニ壓痛アリ他ニ變狀ナカリシカ每日三十八度內外ニ熱發シ疼痛ハ重曹ニヨリ輕快シ鹽里母ニヨリ增劇ス安知必林又ハ撒曹ヲ用ユルモ熱ハ下降セス四十餘日ニシテ左鎖骨上腺一個大豆大ニ硬ク脹レ漸次腫大ス胃ニ擴張ナシ極メテ空腹時又ハ腸內瓦斯ヲ以テ充タサレシ際幽門部少シク隆起セルカ如キ觀アリ抗抵稍强キ感アルモ他ニ胃癌固有ノ症狀ナク只胃痛依然存スルノミ尿中蛋白及ビ糖分ナシ其ノ後引續キ發熱シ漸次衰弱食機衰ヘ下痢頻發シ來リ遂ニ鬼籍ニ上ル

診斷　十二指腸潰瘍

剖檢時所見　腹腔內少シク血色ヲ帶ヒタル漿液少量ニ存ス胃ニ變化ナク腸ハ瓦斯ヲ以テ充タサル十二指腸ヨリ膵ニ亘ル一塊物アリ大サ小兒頭大ニシテ少シ

大シ且ツ一般ニ痩削シ三ケ月後ニ至リ腰及ビ大腿ニ疼痛アリ目下黄疸嘔吐共ニナク食慾佳良

他覚的症状　膪ト剣状突起ノ中央ニ長軸ヲ以テ横行スル表面突起アリ腫瘤ヲ觸レ左方ハ脾臓ノ方ニ向フテ次第ニ消失シ右ハ中線ヲ越ヘテ右副胸骨線ニマテ達シ上下ニ少シク移動スルモ左右ニハ動カス腸ニ時々蠕動不安アリ胃液ニ遊離鹽酸ナク尿中蛋白及ビ糖分ナシ便通尋常

診斷　胃癌或ハ腸癌

剖檢時所見　胃結腸靭帶ノ下ニ腫瘍ヲ見タルニヨリ靭帶ヲ鈍ニ割キテ檢セシニ膵尾ヨリ出テシ癌腫ニシテ頭部ノ侵サレアルコト少ナカリシ先ツ尾部ヨリ始メテ周圍トノ癒着ヲ剝離シ體部及上腹部動靜脈ヲ注意シツヽ剝離セシニ其ノ内ヨリ軟化脆弱トナレル腫瘍ノ一部壞レ出テタリ

剖檢的診斷　膵尾部癌腫

第十五例　五十三歳ノ男子　邦人

發病ヨリ死ニ至ル日數　六十九日

手術ヲ行ハス

腸胃ノ疾患ヲ知ラス

現症　昨三十九年十月頃ヨリ時々下腹ヨリ上腹部ニ亘リ放射スル疼痛ヲ有シ來リ十一月頃左上腹部ニ大人手拳大ノ硬キ腫瘤ヲ認メ次テ本年一月頃ヨリ食後此部ヨリ下腹部ニ亘リ蠕動運動ヲ認メ常ニ「グル」音ヲ發シ後疼痛輕快シタリト云フ而シテ腫瘤ハ二月頃ヨリ稍縮小セシモ蠕動運動却テ增惡爲メニ食慾稍衰フルニ至レリト云フ便ハ常ニ秘結シ未タ嘔吐ナク黃疸ヲ發セシコトナシ患者ハ酒ヲ嗜ミ每夜獨酌五合ヲ傾ク

之ヲ診スルニ體格中等榮養稍衰ヘ痩削セル男子體重十貫三百目皮膚乾燥蒼白一般惡液質ヲ呈シ顏貌稍苦悶ノ狀アリ脈搏八十至性尋常血管壁ハ硬化ス舌ハ厚キ白苔ヲ衣スモ乾燥セス胸部異常ナシ

腹部ハ輕ク膨隆セルモ腹水ヲ認メス蠕動運動ハ臍ノ左右ニ於テ著シ尙下腹部全般ニ亘リ緩徐トシテ存在シ爲メニ腸各個ノ蹄係ヲ認メ刺戟ヲ加フレハ活潑トナリ壓ニ依リ著明ナル「グル」音ヲ發ス殊ニ著シキハ胃ノ下端ニ該當セル部ヨリ臍ニ至ル點ナリトス胃ノ下界ハ臍ノ高サニアリ而シテ恰モ脾臟彎曲部ノ深部ニ於テ硬ク鳩卵ヨリ稍大ナル表面不平ナル腺樣ノ形ヲ有スル腫瘤ヲ觸ル之

ク扁平楕圓ナリ硬度ハ一定セス柔軟ナル部分ト彈力性硬度ヲ有スル所トアリ面ハ不平ナリ先十二指腸ヲ上下端ニテ結紮シテ腫瘍ヲ引キ出サントスルニ出テス後腹膜ノ淋巴腺ノ腫大セシモノト索狀ノ癒着アリ之ヲ剝離スルニ被膜モ共ニ離ル膵ハ全般殊ニ膵頭ハ腫瘍ニ變ス十二指腸ヲ開クニ内面ハ粘液ヲ以テ掩ハレ少シク腫起ス他臟器ニ變化ナシ腫瘍ヲ切開シ之ヲ檢スルニ硬固ナル太キ索狀物ヲ以テ多房ニ分レ内容物ハ膠樣液ナリ之ヲ鏡檢スルニ膠樣癌ナリキ

剖檢的診斷　原發性膵頭膠樣癌腫

以上十五例ハ成書ヨリ拔萃記載セシモノニシテ以下三例ハ余ノ本敎室ニ於テ實驗セシモノナリ

第十六例　五十九歳ノ男子　滋賀ノ人

發病ヨリ死ニ至ル日數　百七十日

術後死ニ至ル日數　五日

明治四十年三月二日入院　同月二十五日施術　同月二十九日死亡

遺傳症　父ハ食道癌ニテ死セリト云フノ外患者ノ記憶ニ存セス

既往症　患者十二三歳ノ時痘瘡ニ罹リ二十五歳淋疾ヲ憂ヒシ他ハ健全未タ嘗テ

頭大ノ淋巴腺肥大ヲ觸ル小腸ニアル腸間膜ニ癒痕狀ニ萎縮セル狀ヲ呈セル所アリ要スルニ腫瘍ノ摘出ハ不可能ナルノミナラス腸吻合術ヲ施コスモ其ノ効ヲ認メサリシニヨリ只試驗的開腹術ヲ施コセシノミ

術後一回體温三十八度四分ニ昇騰セシモ其後下行平温ニ復シ脈搏九十餘ヲ算ス然レモ食慾全ク缺損シ且ツ下痢ヲ催シ時々珈琲樣ノ嘔吐ヲ起シ衰弱其ノ度ヲ增シ危篤ニ迫リ同月二十九日虛脫ニ陷リ遂ニ鬼籍ニ上ル

剖檢時所見（京都醫科大學病理學教室ノ好意ニヨリ茲ニ轉載ス）

中等大體格中等强羸弱セル男屍

皮下脂肪組織及ビ筋肉ハ高度ニ萎縮セリ腹部ハ一般扁平ニ膨隆ス

腹壁ヲ開クニ腹壁ノ內面滑澤色淡紅腹腔內異常ノ液ヲ有セス大網ハ明カニ認ムル能ハズシテ著シク短縮シ拇指大ニ變シ硬結ス其ノ割面著シク纖維性ヲ呈シ中間ニ帶黃物質（脂肪組織）ヲ挿ム小腸及ビ上行並ニ橫行結腸ハ稍强ク氣ヲ以テ充タサレ漿膜面一般ニ色淡乃至淡紅滑澤而ノ大腸帶ノ部ニ於テ灰白ニシテ周圍ノ稍赤キ小豌豆大結節物存シ癒痕狀ニ之ヲ短縮セシムルノ狀ヲ見ル小腸ニ於テモ腸間膜附着部ニ質鞏ナル結節狀物存在ス尙一般腸間膜ハ處々殊ニ腸

レニ連續シ右ニ橫行スル抗抵物ヲ觸レ中央部ハ腹壁緊張ノ爲メ妨ケラレ分明ヲ缺クモ再ヒ幽門部ニ至リ多少ノ抗抵ヲ觸ル然レモ強キ壓診ヲ要ス形ハ幽門部ヲ除キテ概ネ球形ヲ呈シ胃ヨリ送風スルニ噴門部ハ強ク膨大シ腫瘤ヲ蔽フ然レモ幽門部ニ至ルニ從ヒ擴大著明ナラス直腸ヨリ送風セントセシモ氣入リ難シ直腸ヨリ指ヲ以テ檢セシニ何等得ル所ナカリキ下肢ニ浮腫ナシ

胃液ヲ檢スルニ遊離鹽酸ニ富ミ乳酸反應ナシ尿ハ透明蛋白及ビ糖分ナク「インヂカン」反應著明便ハ尋常腫瘍ノ片ナク只粘膜ニ富ムノミ

診斷　癌腫性腸狹窄

開腹時所見及ヒ其ノ前後ノ症狀　一般症狀敢テ異ナルナキモ漸次衰弱シ三週間ニシテ約一貫目減シ增惡ノ傾キアリ同月二十五日開腹術ヲ行フニ決ス此日體重九貫五百目

式ニ從ヒ開腹ス腹水ナシ胃ニ異常ナク幽門部ハ容易ニ示指ヲ挿入シ得次ニ腸ヲ檢スルニ腸間膜ニ於テ腸附着點ニ近ク處々拇指頭大ノ硬キ淋巴腺ノ肥大ヲ認メ得尙脾臟彎曲部ニ於テ小兒手拳大ノ硬キ腫瘍ヲ觸レ右方ニ向ヒ橫走スルヲ發見ス而シテ其ノ附近ハ周圍ト一般强ク癒着ヲ營ムS字狀部ニ於テハ小指

脾臓ハ其ノ下緣ニ於テ癒着甚シク形小外面不平等ニ肥厚シ硬度稍〻然レ𪜈割面ニ限局性病竈ヲ認メス

横隔膜ハ其ノ下面ニ於テ大小種々形狀不規則ナル灰白色ノ結節物扁平ニ隆起セルヲ見ル

膵臓及ヒ其ノ附近ニ就テ　膵臓ハ其ノ形ニ於テ著シキ異常ヲ認メス只硬度ニ於テ尾部著シク硬而シテ其ノ部ハ前記大腸ノ脾臓彎曲部脾臓大網及ビ胃壁ノ癒着セル部ニ該當ス割面ハ頭部及ビ體部ハ硬度常態分葉ノ狀常ノ如シ色淡尾部亦色淡ナルモ小葉ノ像ヲ認メスシテ纖維性ノ觀ヲ呈シ質硬周圍ト癒着シ後方ハ腎ノ被膜ニ接ス

其ノ他一般諸臓器等ニ認ムヘキ病竈ヲ發見セス

病理解剖的診斷(組織的檢査所見ヲモ參考シ)

原發性膵臓尾部硬性癌腫　腹膜大網及ビ腸間膜ノ硬性癌腫性轉移竈(纖維性萎縮)肝臓箆形チストム寄生　脾臓萎縮兼脾臓纖維性癒着性周圍炎等

第十七例　三十五歳ノ男子　愛媛ノ人

發病ヨリ死ニ至ル日數　六十八日

ニ近ク大豆乃至豌豆大ノ大小種々ノ硬キ結節物存シ之ニヨリ癒痕狀ニ退縮ヲ促シ爲ニ腸ハ牽引セラレ其ノ蹄係ノ屈曲著シ而ノ結節部ノ漿膜面不平其ノ割面ハ纖維性ノ觀ヲ呈シ中間ニ帶黃物質ヲ挿ミアリ次ニ大腸ノ脾臟彎曲部ニ於テ腸壁脾臟ノ下緣部胃壁ノ一部及ヒ大網ハ强ク癒着シ硬結スルヲ見ル次ニ下行結腸ハ肛門ニ至ルマデ氣ヲ入ル、コト少ナク其ノ直腸後壁ノ部ニ於テ亦結節狀物癒痕狀ヲ呈シテ存スルノ他一般腸ノ粘膜ニ限局性病竈ヲ發見セス胃亦氣ヲ以テ膨大シ漿膜面ニ一二粟粒大扁平灰白白色ノ結節隆起セルヲ見其ノ粘膜ハ汚穢淡褐色ニ腫脹シ前壁ニ於テ小彎ニ近ク一個ノ麻實大ノ黑色斑アリテ周圍ヨリ輕ク凹メリ

肝臟ハ正中線ニ於テ劒狀突起基底ヨリ九仙迷右乳線ニ於テ第八肋骨ニ伍ス膽囊尖端ハ大腸ト强ク纖維性ニ癒着ス肝臟ノ外面一般ニ平滑割面色帶褐淡紅平滑小葉ノ像一般明瞭ヲ缺ク膽管ヲ壓スルニ約百四十ノ篦形「ヂストム」ノ黃色泥狀物ト共ニ出ツルヲ見ル而シテ只其ノ膽管壁ニ於テ肥厚ヲ有スルノミ他ニ結締織ノ增殖ナシ爾他著シキ病竈ヲ發見セス膽囊ハ少許ノ淡黃泥狀ノ膽汁ヲ有シ粘膜滑澤ナリ肝門部ノ淋巴腺ハ著シク肥大セス

皮膚及ビ粘膜ニ輕度ノ貧血アルノミ舌苔ナク頸部ニハ二三ノ淋巴腺肥大ス胸部ニ著變ナク下肢ニ浮腫ナシ

局部所見　腹部一般膨滿殊ニ上腹部ニ著シ而シテ汎發性ニ臍ノ上部ニ於テ横行セル輕キ膨隆部ヲ認メ呼吸運動ニ依リ僅カニ其ノ位置ヲ換ユルモノヽ如シ腹壁ニ靜脈ノ怒漲ナク蠕動運動ヲ認メス

觸診スルニ上腹ノ中央部ニ於テ長サ約十仙迷ノ稍壓痛アル横行セル硬結物ヲ觸知シ周圍トノ境界明瞭僅カニ呼吸運動ニ伴フモ肝臟トハ何等ノ關係ナク肝ハ肋骨弓下ニ尋常硬度ヲ有スル邊緣ヲ觸知シ壓痛ナシ腎脾ヲ觸レス又腸間膜腺ノ肥大ヲ認メス

胃ヨリ送風シ檢スルニ胃ノ下界ハ臍上二横指ノ處ニアリ此際腫瘤ノ觸知稍困難トナル直腸ヨリ送風スルニ腫瘤ハ全ク消退ス尿ハ透明蛋白及ビ糖分ナク便ハ褐色ニシテ鏡檢上多數ノ脂肪球ヲ認メ一般ニヨク消化セリ其ノ他輕度ノ熱發アリ

入院後ノ經過　依然トシテ激痛ノ發作ヲ來シ常ニ「アセチール、サリチール酸」ノ多量ヲ服シ以テ疼痛ヲ輕減セリ今試ミニ安知必林ヲ用ユルニ疼痛只僅カニ緩解

術後死ニ至ル日數　二十一日

明治四十年十月十七日入院　同月二十五日施術　十一月八日退院　同月十四日死亡

遺傳症及ビ既往症　母方ノ祖父ハ腦溢血ニテ死亡シ他ハ未詳患者ハ稟賦強健八歳ノ時痘瘡ニ二十一歳ノ時盲腸周圍炎及ヒ筋肉僂麻質斯ヲ憂ヘ二十三歳ノ時淋疾ヲ得シ他ニ梅毒ノ既往症ナシ

本症ハ今ヲ去ル四十餘日前偶々降雨ニ遭逢シ同時ニ惡寒ヲ覺エ歸宅後盲腸部及ヒ兩側腹部ニ電擊性疼痛ヲ起シ爾後發作的ニ來リ常ニ按摩及ヒ服藥ニ依リ寛解セシカ依然トシテ輕快ニ至ラス殊ニ食後約一週間ニシテ增惡セリ而シテコハ左腸骨窩ヨリ上方結腸ヲ越ヘ上腹部ニ達シ後背部ニ放射スルヲ例トセリ發病當時僅カニ熱發セシノミ約一週間前始メテ上腹部ニ壓痛アル一種ノ硬結物ヲ認メ漸次增大今日ニ及フ五日前ヨリ再ビ三十七度五分內外ニ熱發セリ硬結物發生後モ此疼痛發作ハ依然トシテ去ラス常ニ秘結ス全經過中嘔吐ナク亦黃疸ヲ認メサリシ食慾佳良酒客ニシテ獨酌五合ヲ越ユ

現症　體格中等榮養佳良皮膚彈力ニ富ミ皮下脂肪組織及ビ筋肉發育共ニ佳良只

診斷　原發性膵臟癌腫

術後ノ經過　刺戟症狀ナカリシカ二十八日ニ至リ激痛ヲ發シタリシニ依リ「アセチール、サリチール酸」ヲ與ヘシニ稍輕快セシモ其ノ後疼痛尚去ラス腹部ハ一般ニ膨滿シ來リ硬結物漸次增大衰弱ヲ增スノミ食思猶甚シク妨ケラレス嘔吐更ニナシ十一月三日拔糸第一期癒合ヲ營ム

同月六日肺ハ左背面ニ多少ノ濁音ヲ呈シ僅カニ水泡音ヲ聽キ輕キ肺炎症狀ヲ呈ス便ハ黃色ニシテ粘土色ヲ呈セザルモ鏡檢上脂肪球多數ニ存在シ尿ニ蛋白及ヒ糖分ナシ

七日腹部症狀依然皷腸ヲ呈シ腫瘍ハ尙增大シ壓痛强シ腹水ヲ證セス食思不振安眠ヲ得ス衰弱ノ度甚シク且ツ惡液質ヲ呈シ漸次增惡シツヽアリシカ患者ノ請ニ依リ翌八日退院同月十四日自宅ニ於テ鬼籍ニ上リシ報ニ接ス

第十八例　四十八歲ノ女子　宮崎ノ人

明治四十二年五月十三日入院　五月二十三日施術　六月八日退院　其ノ後ノ報道ナシ

遺傳症及ヒ既往症　父ハ五十五歲ノ時腦溢血ニテ死シ母ハ七十二歲ニシテ老衰

スルノミ「鹽酸モルヒネ」ニ依リテハ更ニ何等ノ影響ヲ及ボサス又熱氣浴及ビ温罨法ヲ施コスモ只其ノ當時僅カニ輕快ヲ覺ユルニ過キス遂ニ「アセチール、サリチール酸」亦奏効ヲ失フニ至リ加之上腹部ニ於ケル粗糙硬固ナル腫瘤ハ漸次表在且ツ增大シ來リ少シモ輕快ノ徵ナク毎常襲來スル疼痛ノ爲メ疲勞ノ度ヲ增シ來リ茲ニ試驗的開腹術ヲ行フニ決ス

診斷　上腹部ニ於ケル炎症性腫瘍

開腹時所見　十月二十五日式ニ從ヒ開腹ス腹膜ニ何等ノ癒着ナク又腹水ナシ胃ノ漿膜面尋常幽門部異常ナク又横行結腸ニ何等ノ變化ヲ認メス然ルニ其ノ後方ニ該リ表面稍平滑大ナル結節ヲ有シ且ツ血管ニ富メル小兒手拳大ヨリ大ナル腫瘍ヲ認メ全ク膵臓ニ一致シ其ノ基底ハ後腹膜ニ坐シ固定セラル上部ハ噴門ニ接シ胃ノ小彎ト一部癒着シ又肝ノ左葉ト一部纖維性ノ癒着ヲ營ム腫瘍ノ下界ハ臍ノ高サニ達シ横徑約十仙迷ヲ有ス囊腫ノ有無ヲ檢セン爲メ試驗的穿刺ヲ行ヒシニ得ル處ナカリキ肝左葉上面ニ一個ノ灰白白色ノ轉移性結節部ヲ發見ス膽囊充實シ結石ナシ膵臓附近ニハ多數ノ硬固セル腺ノ肥大ヲ認ム依テ術ノ施コスナク腹壁ヲ閉ヅ

觸診上前記膨隆部ニ大人手拳大ノ抗抵物ヲ觸知ス周圍トノ境界稍明瞭ニシテ一般硬ク表面粗糙概シテ不正球形ヲ呈スルカ如キモ精診スルニ腫瘤ノ左方ニ向ヒ太サ二横指長サ十仙米許ノ索狀物ノ附隨シアルヲ知ル而シテ表面ニハ硬キ小結節狀ヲ呈ス指ニテ之ヲ動カスモ殆ンド動搖ヲ營マス一般輕キ壓痛アリ而シテ腫瘤ノ左端ハ細ク其ノ位置並ニ形狀ハ共ニ膵臟ニ似タリ尙橫行セル索狀物ノ中央ニテ恰モ膵ノ直上ニ小指頭大ノ硬キ結節ヲ觸レ主腫瘤ヨリ稍表在セルカ如ク指ヲ以テ之ヲ壓セハ容易ニ運搖ス猶腫瘤ノ周圍ニハ一般輕度ノ硬結アルカ如キモ其ノ境界等ハ慥カニ定ムルコト能ハス

胃ヨリ送風シテ之ヲ檢スルニ胃ノ下界ハ全ク膵ノ高サニアリ而シテ上界ハ不明ナリ此際腫瘤ノ觸知甚シク困難トナル然レ𪜈強ク壓診セハ膵ニ接シ右側ニ於テ手拳大ノ前顯ノ腫瘤ヲ觸ル、モ一般劃然タラス從テ之レニ附隨スル橫行索狀物亦觸レ難ク只深部ニ於テ一種ノ抗抵物ヲ觸ル、ノミ直腸ヨリ送風スルモ其ノ所見前項ト大差ナシ肺肝ノ境界ハ乳線ニ於テ第六肋骨ニ位シ肋骨弓下ニ於テ肝ノ銳利ナル邊緣ヲ觸レ殆ンド尋常ノ硬度ヲ有シ硬結ヲ觸レス又壓痛ナシ脾ハ觸レス左腎ヲ觸ル、モ壓痛ナシ

病ニヲ斃レシト云フ當時ノ症狀等患者ノ記憶ニ存セス

患者稟賦強健未タ著患ナク曾テ腸胃ノ疾患ヲ憂ヘシコトナシ

本症　昨四十年十月食滯ヲナシタル後直チニ腹痛ヲ發シ二回吐セリ以來上腹部ニ鈍痛ヲ覺ユルニ至リシモ食餌攝取ニ何等ノ關係ナシ充腹時ニハ疼痛稍强シ然レモ空腹時ニ於テモ亦全ク消散セシコトナシ胃部膨滿ノ感呑酸存ス本年二月感冒ニ罹リシ際胃部ニ腫瘤ノアルヲ醫ヨリ注意セラレシ以來醫治ヲ受ケツヽアリシモ胃ノ症狀異ナルコトナシ四月中旬上京ノ途濱船中ニテ三回吐セシモ其ノ後ナシ五月上旬ニ至リ一般症狀稍輕快ニ傾キ神心爲メニ壯快ヲ覺ユルニ至リシモ腫瘤ハ依然存在セリ然レモ甚タシキ壓痛ナシ昨冬來漸次衰弱ヲ呈シツヽアルモ食慾ハ比較的佳良頃日無力ノ感アリ便通ハ秘結シ黃疸ヲ知ラス

現症　體格中等榮養稍衰ヘ皮膚ハ汚穢黃色ヲ呈シ中等度ノ貧血ヲ認ム皮下脂肪組織ハ減退筋肉發育纖弱鎖骨上窩ニ腺ノ肥大ナシ胸部異狀ナク下肢ニ浮腫ヲ認メス

局部所見　腹部ノ緊張尋常著シキ膨隆又ハ陷沒ナシ然レモ上腹部ニ於テ臍ノ上方少シク右方ニ偏シ約手拳大ノ隆起セル部アリ到ル處蠕動運動ヲ認メス

テ二ヶ所約示指頭大ノ帶黃白色ノ稍混濁セル表面ヨリ僅カニ隆起セル轉移性ノ圓形結節ヲ見彈力性硬ニ觸ル膽囊ハ尋常膽汁ヲ以テ充タサレアルモ結石等ヲ認メス右腎ハ腫瘍ノ爲メ妨ケラレ之ヲ觸レ難ク左腎ニ異常ナシ脾ハ尋常小腸ニ變化ナク大腸ハ其ノ橫行部ニ於テ僅カニ癒着ヲ營ミアリ網膜ノ淋巴腺ハ前記硬結ノ外所々小指頭大ニ硬ク腫起ス依テ小彎ニアル淋巴腺及ヒ大網膜ニアル硬キ肥厚セル面ノ一部ヲ除去シ顯微鏡的標本ニ供シ他ハ敢テ施スベキ必要ナカリシ爲メ式ニ從ヒ腹壁ヲ縫合ス

五月二十四日施術ノ翌日體溫三十八度二分脈搏百二十至ナリシカ翌朝ニ至リ平溫ニ復セシモ一般重態ヲ呈シツヽアリ

二十六日幸ヒニ食慾稍亢進シ來リ牛乳二合生卵六個ヲ食ス胃部滯留及ビ膨滿ノ感ナシ

二十九日腹壁縫合絲ヲ除去ス第一期癒合ヲ營ム一般狀態稍佳良食慾亢進シ常ニ便秘ニ傾ク而シテ尙時々右上腹部ニ於テ一種ノ疼痛ヲ有ス

六月三日次ノ症狀ヲ以テ退院ス當時體重八貫八百五十目

一般營養稍衰ヘアルモ全ク惡液質ノ狀態ヲ呈セス然レモ貧血甚シ左右鎖骨上

胃液ニハ遊離鹽酸ヲ缺キ乳酸反應著明尿ニ蛋白及ヒ糖分ナク便ハ帶黃褐色ニシテ鏡檢上無數ノ脂肪球ヲ認メ「エーテル」ニテ拔出スルニ著明ニ之ヲ檢出セリ經過五月十六日熱發ナク食慾尋常胃部僅カニ鈍痛アルノミ秘結ス體重九貫二百目其ノ後ノ症狀依然タリ

診斷　膵臓癌

開腹時所見及ビ其ノ後ノ經過　五月二十二日試驗的開腹術ヲ行フ此日體重八貫八百五十匁

式ニ從ヒ腹壁ヲ開ク腹水ナシ又腹膜ノ癒着ヲ認メス胃ハ噴門部異常ナク幽門部ハ容易ニ示指ヲ挿入シ得而シテ幽門部ヨリ十二指腸ニ向ヒ表在セル硬固ナル索狀物ヲ認メ附近ハ一般ニ周圍ト癒着ス小彎部ニ鳩卵大ノ淋巴腺ヲ觸レ大彎ニ變化ナシ大網膜ニ著シキ變化ナキモ一般萎縮シ中央ヨリ少シク右ニ偏セル部ニ一錢銅貨大ノ硬結セル部アリ膵ヲ觸ルヽニ體及ヒ尾部ハ彈力性ヲ帶ヒ稍硬ク幅三仙米ナリ然ルニ膵頭部ハ硬ク凹凸不正ニシテ大人手拳大ニ變シアリ而シテ其ノ周圍ニハ明カニ淋巴腺ノ硬結セルヲ認ム而シテ此部ヨリ幽門及ビ十二指腸ニ向ヒ硬固ノ索狀物ヲ以テ移行シアリ肝ハ稍硬ク左葉ノ上面ニ於

上述ノ如クニシテ新生物組織ノ細胞ハ胞巣狀排列ヲトラントスル傾向アリテ其ノ間質比較的少ナシ而シテ淋巴腺組織ハ壓迫滅滅セラレアルノ像ヲ認メタリ此像ハ腺細胞癌カ淋巴腺ニ轉移セシモノト認メラレ得ベシ

診斷　原發性膵頭癌腫

一般症狀ニ就テ(附表參照)

(一)　上腹部ニ於ケル疼痛

コハ毎常缺ク可ラザル症狀ナリ然レモ之ニ輕重ノ差アリテ一定セス時トシテ劇烈ナル刺痛樣且電擊性ノコトアリ又單ニ鈍痛ニ止マルコトアリ其ノ多クハ發作性ニ來リ又時トシテ食後約一時間ヲ經テ發スルコトアリ又便通ニ關係セルアリ尙腫瘍ノ腸ト癒着シ狹窄症狀ヲ起サハ蠕動運動ニ伴フ疼痛ヲ發スル等其ノ性狀ニ關シテハ之ヲ總括スルヲ得ス而シテ余ノ調査ニヨリ之ヲ分類セハ次ノ如シ

殆ント疼痛ナキモノ　二例
輕キ疼痛アルモノ　四例
中等度ノ疼痛アルモノ　八例
劇痛アルモノ　四例

窩ニ淋巴腺ノ肥大ナシ胸部異常ナク上腹部ハ一般ニ膨隆シアルモ蠕動運動ヲ認メス下腹部ハ尋常ナリ上腹部ヲ觸診スルニ右側ニ於ケル腫瘍ハ漸次增大シ來リ肝臟トノ境界ヲ明カニ認ムルコト能ハス之ヲ壓スルニ稍疼痛アリ腹水ヲ證明セス尿ニ蛋白及糖分ナク便ハ稍黃色ヲ呈シ粘土色ニアラス鏡檢上脂肪球多シ黃疸ナシ

十五日黃疸ナク嘔吐ナシ一般症狀前日ニ大差ナシ此日鄕里ニ向ヒ出發ス後報ナシ

摘出セシ淋巴腺ノ顯微鏡的所見

淋巴腺ハ其ノ大部ニ於テ新生物組織ノ爲メ占領セラレ只散在性ニ本組織ノ殘存ヲ認メシムルニ過キス新生物組織ハ多角形細胞ヨリ形成セラレ其ノ細胞ハ共ニ直接相密邇シ胞巢狀構造ヲ有シ間質ニ當ル部ハ結締組織少ナクシテ其ノ核ハ明カニ認メ得ル所ニヨリテ毛細管カ其ノ間質ヲ作ルヲ見ル新生組織細胞中核ハ可ナリヨク染色シ處々多極性分割ヲナセル像ヲ見ル而シテ分裂セサル核ニハ核小體一又ハ二アルアリ細胞體ハ「エオジン」ニテ薄タ染色ス細胞中圓形ニシテ大小種々ノ包攏物ヲ有スルモノヲ可ナリ多ク認ムベシ

痛ヲ有スルコト及ヒ腹水ノ患者等ニ於テ之ヲ見ル然リ而シテ腫瘤ノ大サハ一定セス大人乃至小兒拳大ノコトアリ其ノ性狀タルヤ表面通常結節狀ヲ呈シ硬固シ多少不平等ニシテ脂肪組織ノ硬キモノヲ觸知スルノ感覺ヲ與フルモノナリ而シテ腫瘤ノ位置ハ通常臍ノ上方ニアリ膵頭犯サルヽ場合ハ右方ニ膵尾ニアリテハ左方ニアリ而シテ此腫瘤ニハ必ラス毎常之ニ限局セル壓痛ヲ有シ其ノ上下ニ於テ腫瘤ニ離ルヽノ部ニハ全ク壓痛ヲ訴ヘス

呼吸ニ依リ僅カニ上下運動ヲ營ムカ如シ然レモ左右運動ハ全ク之ヲ缺クコハ胃癌トノ鑑別上必要ナル條件タリ即チ胃癌ニ於テハ時トシテ患者自己カ空腹時殊ニ晨起時ニアリテハ左季肋下ニアルモ食後又ハ午後ニ至リ上腹部ノ中央乃至右季肋下ニ來リ常ニ其ノ位置一定セス移動性ナリトハ往々訴フル所ナルモ膵癌ニ於テハ全ク然ラス他覺的ニモ殆ント固定セルモノト認ム

尙精密ニ觸診セハ此腫瘤ト相連聯シテ横走スル硬キ索狀物ヲ觸レ共ニ深部ニ存在シ全ク之ニ該當セル限局性ノ壓痛ヲ有スルモノ多シ若シ明カニ之ヲ觸知シ得サル場合ニアリテハ胃又ハ腸ヲ空虛ニスルカ又遂ニ「コロヽホルム」麻醉ニ乘シ之ヲ檢セサレハ目的ヲ達シ得サルコトアリ然レモ殆ント多クノ場合ニ於テコノ

尙十八例中食餌攝取ニ關係アルモノ七例然ラサルモノ四例他七例ハ不明ナリ而シテ此ノ疼痛ハ限局性ナルアリ又然ラサルアリ後者ニ於テ見ルモノハ左右腸骨窩ニ始マリ横行結腸ヲ越ヘ上腹部ニ達シ尙ホ進ンテ背部ニ放射スルニアリ又之ニ反シテ上腹部ニ始マリ後腸骨窩ニ達スルアリテ殆ト神經痛ニ該當スルカ如キ感アリ今試ミニ鎮痛劑トシテ鹽酸「モルヒヲ」ヲ與フルモ何等ノ影響ヲ蒙ラス然ルニ「アセチール、サリチール酸」ヲ用ユル時ハ約二十分後ニ於テ奏効ス猶安知必林ヲ與フル時ハ多少緩解スルモノヽ如シ以上ニヨリ此疼痛ハ或ハ腹神經痛（Neuralgia coeliaca）ト稱スルモノニシテ恐クハ「アセチールサリチール酸」ガ一種ノ鎮痛劑トシテ働キシニアラサルヤヲ疑フモノナリ之ニヨリ此種ノ激痛ヲ有スルモノニ對シ本劑ハ或ハ有効ナランカ

尙膵尾ニ發セシ二例ハ共ニ腸蠕動ヲ來シ爲メニ疼痛殆ント缺如スルカ然ラザレハ輕シ

（二）上腹部ニ於テ腫瘤ヲ觸知スルコト

コハ毎常缺クヘカラザル症狀ノ一ニシテ其ノ大多數ニ於テ之ヲ觸知シ得ルモ亦時トシテ大ニ困難ナルコトアリ即脂肪過多症緊張セル腹壁胃及肝臟下垂症激

ニ腫瘤自個ノ觸知ハ此ノ如ク困難ナルモノニアラス然レ𪜈外人ノ調査ニ依レハ然ラス即チ Boldt 氏カ五十二例中二十例ヲ Miralie 氏ハ四分ノ一乃至五分ノ一ヲ觸知セリト云フコハ全ク外人ノ腹壁ハ脂肪組織過多ニシテ肥厚シ爲メニ觸診ヲ妨クルニ起因セルナランカ幸ニ吾人ハ此ノ困難ニ遭逢スルコト少ナシ此ニ於テカ益進ンテ指尖ヲ銳利且ツ巧ニ使用熟達セシメ以テ確診ヲ要スルヤ急ナリ

(三) 間歇ナキ黄疸ヲ有スルコト

コハ必發ノ症狀ニアラスシテ其ノ八例ニ於テ之ヲ存シ十例ニ於テ缺如セリ而シテアルモノハ突然黄疸ヲ以テ發病シ爾後全ク消退セス却テ增加スルニアリ又經過中一時的之ヲ發スルコトアルモ其ノ半數ニ於テハ終始全ク之ヲ認メサリシ Miralie 氏ハ百十三例中八十二例ニ之ヲ認メタリト云フ今余ノ十八例ニ就キ黄疸ノ有無ト開腹的並ニ剖檢的所見トヲ參照シ調査スルニ膵頭ニ發セシモノ十三例中黄疸ヲ有セル七例ニアリテハ總輸膽管ハ腫瘍ノ爲メ壓迫セラレ爲メニ膽囊大トナリアルモ他ノ黄疸ヲ缺如セル六例ニ於テハ總輸膽管ノ壓迫ナク且ツ膽囊尋常大ナリ次ニ膵尾ニ發シ黄疸ナキ二例ニ於テハ共ニ總輸膽管ニ何等ノ影響ヲ蒙ラス全部ニ亘リアルモノ二例中黄疸ヲ有スル一例ニ於テハ總輸膽管癒痕狀ニ短

必要ヲ見ス

次ニ觸知シタル腫瘤カ何レノ臓器ニ屬スルヤヲ確メサルヘカラス即チ次ノ如シ

胃腸、肝臓、膽嚢、膵臓、脾臓、腎臓、網膜及ビ腸間膜淋巴腺肥大並ニ後腹膜腫瘍等ナリ然レモ亦幸ニ膵臓ニハ一種固有ノ形狀ヲ呈シ居リ爲メニ時トシテ之カ鑑別ヲ容易ナラシムルコト決シテ少ナシトセス猶之ヲ確カメンニハ胃ヨリ送風セハ膵腫瘍ナレハ通常胃ノ爲メニ蔽ハレ其ノ觸知困難トナル尚直腸ヨリ之ヲ行フトキハ横行結腸ノ爲メ妨ケラル然レモ此際強ク壓診ヲ行ヘハ深部ニ於テ一種ノ抗抵ヲ有スルコト多シ

次ニ腫腸カ一定期間ヲ經過セハ周圍ト漸次癒着ヲ起シ從ツテ增大セハ胃ヲ壓シ爲メニ嘔吐ヲ起シ加之胃ノ擴大ヲ來シ又總輸膽管ヲ壓迫セハ黄疸ヲ起シ膽嚢大トナル等種々ノ症狀ヲ呈スルニ至リ爲メニ益其ノ鑑別ヲシテ困難ナラシムルコト決シテ少ナカラス

腫瘤ノ觸知ニ就キ余ノ調査ニ依レハ已ニ其ノ七例ニ於テ患者已ニ之ヲ自覺シアリ而シテ十六例ニ於テハ明カニ之ヲ觸レ只二例ノミ之ヲ缺キシニ過キス爲メ

テ往々熱發ヲ來シ一種轉移性熱ニアラザルヤヲ疑ハシムルコトナシトセス加之熱ノ發生ハ一ニ豫後ヲシテ不良ナラシメ爲メニ膵癌ニ限リ低溫ニ經過スルモノニ非サレバ余ハ本項ニ重キヲ措カザル所以ナリ

（六）急速ニ羸削シ且ツ惡液質ヲ呈スルコト

他ノ癌惡液質ト全ク同一ノ意味ニ於テ存在セルニ過キス而シテ第十五及ビ第十七例ニ於テハ全ク之ニ該當セルモノ、如シ然レ𪜈之ヲ以テ特ニ現著ナル徵候トナス能ハザルナリ

（七）疾病期間ノ短カキコト

コハ又膵癌固有ノモノニアラスシテ一般癌腫ヲ憂フル者ハ其ノ經過長カラス余ノ調査ニ依レハ發病ヨリ死ニ至ル日數長キハ二百五十日短キハ六十八日其ノ平均百六十九日トナリ約半ケ年以內ニ於テ經過スルモノナリ又適應ノ手術ヲ施コシ後死ニ至ル日數ハ長キハ百九十九日短カキハ六時間平均六十一日約二ケ月ニ過キス然レ𪜈以上ノ經過ハ他ノ癌腫ニ對シ比較的短カキモノ、如シ而シテコハ前項ト共ニ良好ノ經過ヲ有スル硬變性膵臟炎ニ對シ主要ナル鑑別點タリ

（八）嘔吐スルコト

縮シ爲メニ膽囊稍膨大セルニアリ

以上ノ事實ニ依リ膵頭癌ニシテ總輸膽管ヲ犯スノ際ハ黃疸ヲ發シ膵尾癌ニハ之ヲ缺如セルモノヽ如シ然レモ必スヤ一二ノ除外例ナキニシモアラサルナリ又肝臟ニ多數ノ轉移竈ヲ有スルモ尙且ツ黃疸ヲ認メザルコト多シ

(四) 肝臟肥大ナク膽囊獨リ膨大スルコト

說ク人曰ク腫瘍ニテ總輸膽管ヲ壓迫セラルヽ際ニハ膽囊大且ツ緊張シ來リ多クハ肝ノ下緣ニ於テ觸知シ結石ニテ總輸膽管ヲ閉塞セラルヽノ際ハ膽囊縮小スト稱スルモ凡テノ場合ニ於テ然ルニアラス前項ニ於テ記セシ如ク腫瘍ニテ總輸膽管ヲ壓迫セハ膽汁ノ流出妨ケラレ膽囊大トナリ從ツテ黃疸ヲ發スルモ黃疸已ニ必發ノ症狀ニアラサル限リハ之ニ伴フ膽囊膨大亦必スシモ然ルニアラザルナリ余ノ例ニ於テモ之ニ一致セザルモノ多ク時ニ或ハ相反スルコトアリテ正鵠ヲ期シ難シ

(五) 體温異常ニ低キコト

多クハ無熱ニ經過スルモノヽ如シ然レモ時トシテ三十七度五分內外乃至ソレ以上ニ熱發スルコトアリ即チ十八例中五例ニ於テ之ヲ認メタリ又其ノ末期ニ於

粘土色ヲ呈スルコト往々アルモ亦然ラサルコトアリ加之健康人ニアリテモ此脂肪球ヲ認ムルコトヲ得敢テ特徴ニアラスシテ膵癌固有ノ症狀トスルニ足ラザルナリ只便中多量ニ之ヲ證明シ且黄疸ヲ缺クノ場合ニアリテハ膵ノ變化ヲ疑ハシムルニ過キス

便通ハ多クハ秘結ニ傾キ易ク時トシテ下痢ヲ發スルコトアリ而シテ其ノ末期ニ於テ下痢ヲ起サハ之ヲ救フノ術ナク其ノ豫後ヲシテ一層不良ナラシム

（十）糖尿ヲ有スルコト

古來膵ニ異常アレハ糖尿ヲ來ストハ前項ト相並ヒテ常ニ唱ヘラルヽ所ナルモ余ハ一例ダモ之ヲ證明シ得ザリキ却テ末期ニ於テ蛋白ヲ認メ黄疸ヲ有スルモノニ膽汁色素反應ヲ認メシニ過キスシテ尿ニ未タ特有ノ反應ヲ現出セス彼ノ Cammidge 氏反應ニ就キテハ反覆研究セシモ特ニ茲ニ記スベキ價値ヲ認メザリキ之ヨリ膵實質ニ多大ノ病的變化アルモ尿ニハ何等ノ影響ヲ及ボサザルヲ知ル然リト雖膵ノ疾病ニ關シテハ其ノ尿中特有ノ成分ヲ有スルナランモ未タ之ヲ發見スルノ域ニ達セスシテ尚精考攻究スベキ餘地多大ナルヲ認ム

（十一）爾他ノ症狀ニ就テ

コハ反對ニ嘔吐ヲ有セサルモノ多シ即チ十八例中只僅カニ三例ニノミ之ヲ認メシニ過キスシテ他ノ十五例ハ全經過中之ヲ發セシコトナク從ツテ食慾ハ其ノ初期時トシテ末期ニ至ルモ敢テ障碍ヲ蒙ラザルコト多シ之ヲ調査スルニ食慾良ナルモノ十稍良ナルモノ六不良ナルモノ二ヲ得タリ畢竟スルニ胃腸ノ症狀比較的輕ク嘔吐ナキモノハ胃癌トノ鑑別上主要ナル徵候ナリトス然レモ今日凡テノ胃癌ハ必ラスシモ其ノ早期ニ於テ珈琲樣物ノ嘔吐ヲ伴フモノニアラサルハ人ノ知ル所ニシテ只末期ニ於テ價値ヲ有スルニ過キス然レモ嘔吐ノ有無ハ決シテ等閑ニ附スベキ問題ニアラス而シテ勿論膵頭部ノ癌腫ニシテ胃及ビ十二指腸ヲ壓迫セハ嘔吐ヲ來シ又腸ト癒着シ狹窄ヲ起セハ遂ニハ吐糞症ヲ發スルコトアリトハ Halcher 氏ノ夙ニ唱道セシ所ナリ

（九）脂肪便ヲ有スルコト

古來脂肪便ハ膵疾患ノ主要徵候ト稱セラルヽモ每回必スシモ發現スルモノニアラス即チ明カニ粘土色ヲ呈スト云フモ總テニ於テ然ルニアラス黃疸ヲ合併セル場合ニアリテハ多ク之ヲ認メ得ラルヽモ亦然ラスシテ漸ク鏡檢上ニ脂肪球ヲ證明スルニ止マルコトアリ而シテ單ニ高度ノ黃疸ヲ有スル患者ニ於テモ明カニ

爲メニ一定セス

（十四）階級ニ就テ

未タ記載サレシモノナシ余ノ三例中二例ハ中等以上一例ハ尋常ノ生活ヲ營ミ居ルモノナリ

類症鑑別

以上記載ノ諸症狀ヲ熟思考察セハ敢テ甚シキ困難ヲ來タサス今疑ハシキモノヲ列擧セハ即チ次ノ如シ

（イ）胃癌　（ロ）腸癌　（ハ）肝臟癌　（ニ）膽囊癌　（ホ）膽石痛　（ヘ）總輸膽管閉塞　（ト）後腹膜腫瘍　（チ）腸間膜腺ノ疾患　（リ）遊走腎等

以上各個ニ就キ特ニ記述スルヲ止メ之ニ代フルニ膵自己ト周圍トノ關係ニ就キ二三要件ヲ記載セントス

膵自己ニ原發スルモノヲ除キ膵癌ノ轉移性ニ來ルハ稀有ニ屬シ多クハ附近ノ臟器ニ發生シ後進行性ニ周圍ニ向ヒテ擴リ爲メニ膵實質ノ犯サルヽモノトス然リ而シテ若干進行シタル狀態ニ於テハ其何レカ原發竈ナルヤ決定シ得サル場合決シテ少シトセズコハ主トシテ肝門部及ビ膵頭附近ニ淋巴腺多數存在シアリテ

胃液ニ遊離鹽酸ヲ缺キ乳酸反應著明ナルモノ多キモ又然ラスシテ鹽酸アリテ乳酸ナク又兩者ノ痕跡ヲ認ムルコトアリテ一モ歸着スル所ナシ

腫瘤ハ通常大動脈ニ接シアレハ時トシテ此搏動ヲ傳達スルコトアルモ殆ント之ヲ認メサリキ又大靜脈幹並ニ門脈ヲ壓シ時トシテ門脈系統ニ血栓ヲ形成シ腸出血又ハ脾臓肥大及ヒ腹水等ヲ起スコトアリトハ Wesener 氏ノ實驗セシ所ナルモコハ稀有ノ例トシテ記スルノミ而シテ余ノ例ニ於テ只單ニ腹水ヲ認メシモノ三例アリシノミ

左鎖骨上窩ニ轉移性淋巴腺ノ腫脹ヲ發生スルモ固有ニアラスシテ只三例ニノミ認メシニ過キス畢竟胃癌ニ於ケルト異ナルコトナシ

其ノ他今日ニ至ルモ未タ特異ノ症狀ヲ發見シ得ス

（十二）性ニ就テ

二百四十一人中男子百六十人女子八十一人ニシテ女子ハ男子ノ二分ノ一ナリ而シテ余ノ調査ニ依レハ十八例中男子十三人女子五人ナリ

（十三）年齢ニ就テ

四十歳前後ニ多シト稱スルモ余ノ調査ニ依レハ三十二歳乃至六十八歳ニ亘リ

ヲ侵セシモノナリトソコトヲ報告セシカ必スヤ一二ノ場合ニ止マラサル可シ

原發性膵臟癌ハ殆ンド毎常肝臟ニ轉移性ノ結節ヲ形成スト稱スルモコハ凡テニ然ルニアラスシテ其ノ多數ニ於テ之ヲ認メ得ラルヽナリ

又膵臟ニ來ル腺腫性癌腫ハ徐々ニ發生シ來リ肝臟及ビ其ノ周圍ノ淋巴腺ニ多數ノ轉移竈ヲ交附シ原發竈ノ漸ク棒實大ニ達セシ際肝臟ニハ已ニ多數ノ結節ヲ形成シ且淋巴腺ハ癌腫樣ニ浸潤肥厚シ却テ肝臟ヲ以テ原發竈ト認ムルコトアリ

腫瘍ノ種類ニ就キテハ硬性癌最モ多ク發生スルモノヽ如シ然レモ此内單純性ノ硬變症ヲ混入シアラサルヤヲ疑フモノナリ從來ノ報告ヲ見ルニ原發性膵癌中余ノ所謂硬變性膵臟炎ヲ發見セシコト是レナリ已ニ本例中之ヲ疑ハシムルモノナシトセス余ハ未タ茲ニ兩者ノ關係ニ就キ確證ヲ揭ケ以テ其ノ鑑別ヲ論スルノ域ニ達セサルモ其ノ發生ニ關シ多少ノ意見ヲ無シトセス然レモ尙研索ヲ重ネタル上他日再ヒ之ヲ論及スルノ期アルヘシ依テ今茲ニ之ヲ贅セス猶 Lücke 氏ノ所謂膠樣癌及ビ圓柱狀細胞癌アリ佐治氏ノ報告セルモノハ膠樣癌ナリトス

原發性膵臟癌發生ノ數ヲ調査スルニ

五萬百七十六屍體中百七十　〇、三三%

癌腫樣變性ヲ營ミ浸潤且硬結ヲ呈シ結節狀トナリ膵ヲ包圍シ爲メニ其診斷ヲシテ一層困難ナラシメ精細ニ之ヲ檢セサレハ正鵠ヲ期シ得サルハ往々實見スル所ナリ又漸ニシテ剖檢臺上始メテ其ノ關係ヲ發見知得スルコアリ假令ハ膽囊ニ原發シ次テ肝門ヲ傳ハリ總輸膽管ヲ犯シ進ミテ膵頭部及ヒ其ノ附近ニアル淋巴腺ニ轉移ヲ來シ未タ膵頭ヲ犯サヽルニ際シ同部ハ著シク硬結ヲ呈シ恰モ膵頭自己カ癌腫樣變性ニ陷リツヽアルノ像ヲ見一見膵頭癌ノ原發セル如ク考ヘ得ラルヽモ此際精診セハ膵實質ハ普通ノ硬度及ヒ構造ヲ有シアリテ何等ノ障碍ヲ蒙ラザルカ如キコアリ然リ而シテ幸ニ體部及ヒ尾部ニ發生セシ場合ニアリテハ比較的容易ニ之ヲ鑑別シ得ルモ膵頸部ハ諸臟器ノ輻輳點ニ該當シ從ヒテ之カ區別ヲシテ困難ナラシム此ニ於テカ膵頭自個ニ發生スル癌腫ニ就キテハ反覆研究スルノ必要アリ啻ニ膵頭部ニ硬結ヲ觸知シタリトテ直ニ之ヲ膵癌ナリト認ムルハ早計タルヲ免カレス少クトモ體及ヒ尾部ヲ鈍ニ剝離シ倘爲シ得レハ腫瘍部ニ近ク該組織ヲ肉眼的ニ檢出セサレハ其當ヲ失スルコナシトセス倘膵癌ニ來ル病的變化ニ就キテハ記スベキモノ多キモ以上ハ手術ニ際シ每常守ルヘキ定則ナリトス

又 Oliver 氏ハ肉眼的原發性膵臟癌ト診セシモノカ十二指腸ニ發シ後ニ至リ膵

幽門部又ハ十二指腸ヲ壓迫シ持續的嘔吐ヲ催セルモノ又ハ胃ニ著シキ擴張ヲ有スルモノニ對シテハ胃腸吻合術ヲ施コシ總輸膽管ヲ犯シ膽囊大トナリ黄疸ヲ持久セルモノニハ膽囊胃瘻形成術、又ハ膽囊十二指腸瘻形成術乃至膽囊切開術ヲ行フニ過キスシテ彼ノ胃癌ニ對スル胃腸吻合術ト殆ント伯仲ノ間ニアリ然レ𪜈コハ手術ノ時期如何ニ關係スルコト大ニシテ施術速カナレハ從ツテ其ノ成績良好ナルモノヽ如シ

之ヲ要スルニ早期的開腹術ヲ行ヒ後始メテ適應ノ手術ヲ撰定スルニアリ

其他ハ單ニ姑息的乃至自然的療法ニ從フノ外ナシ

結論

以上記載セル余ノ調査成績ノ大要ヲ摘マバ即チ左ノ如シ

第一　膵癌ノ主要症狀ハ上腹部ニ於ケル一種ノ疼痛ト腫瘤ヲ觸知スルニアリ

第二　膵癌ハ殆ント固定シアリテ呼吸運動ニ伴フコトナシ

第三　嘔吐ナク食慾甚シク犯サレス而シテ胃腸症狀比較的輕キモノハ膵癌ニ近シ

第四　癌腫若シ膵頭ニ發セハ黄疸ヲ發シ易ク膵尾ニ發セハ腸蠕動ヲ起シ易シ

二千四百七十二癌腫中五十八　二、三五%

我病理學教室ニ於テハ千二百屍體中三即〇、二五%ヲ實見セラレタリト云フ

發生部位ハ全部ニ亘ルモノ最モ多ク膵頭之ニ次ク即チ次ノ如シ

二百五十八例中(成書ニ依ル)　十八例中(余ノ調査セシモノ)

全部ニ亘ルモノ	百三十八	二	
膵頭ニ限局セルモノ	八十七	十三	
膵體ニ限局セルモノ	二十	〇	
膵尾ニ限局セルモノ	十三	二	
膵頭及ヒ體ニ限局セルモノ	〇	一	
膵體及ヒ尾ニ限局セルモノ	〇	一	

治療法

外科的療法ニ就キテハ未タ適當ナル方法ヲ發見シ得ス膵ノ抽出術ヲ行フコトアルモ生命上ノ危險ヲ免カレス又膵尾ニ限局セルモノニ對シコレカ切除術ヲ唱フル人アルモ多クノ場合ニ於テ周圍ト强キ癒着ヲ形成シ爲メニ容易ニ之ヲ遂行スルヲ得ス兩者共ニ稱用スベキ手術法ニアラス

4) Oser, Erkrankungen des Pankreas. Wien 1898; A. Hölder in Notnagels spec. Pathologie und Therapie Bd. XVIII II Teil.

5) 鹽田廣重　膵臟外科補遺　明治四十年四月第七回日本外科學會誌第二輯

6) 佐治敏夫　膵臟癌ノ一實驗　明治三十二年十二月兵庫縣醫學會雜誌第六十號

7) Takayasu, Beitrag zur Chirurgie des Pankreas, Mitteilung aus dem Grenzgebiet, Bd. III 1898.

附表

例	性	年齢	發病ヨリ死ニ至ルマデノ日數	手術後死ニ至ルマデノ日數	疼痛ノ種類	腫瘤ノ有無	黄疸ノ有無	嘔吐ノ有無	食慾ノ有否	胃液	尿	便	腫瘤ノ發生部位	手術式	摘要
I	男	五九	二二五	一九九	中等度ノ疼痛アリ	−	＋	−	稍異	○	ZE＋	V灰白色	K	膽嚢腸管形成術及ビ胃腸吻合術	突然戰慄及ビ黄疸ヲ以テ始マリ時々熱發ス鎖骨上腺腫大ス初メ黄疸ヲ以テ始マリ次テ自覺的腹水アリ
II	男	三二	二四二	一四九	殆ント疼痛ナシ	＋	＋	−	異	尋常	ZE−	初メ灰白色後稍白色	K	膽嚢腸瘻形成術	突然黄疸ヲ以テ始マリ腫瘤ヲ自覺ス
III	女	六八	×一二二	×一四	中等度ノ疼痛アリ	＋	−	只二三回アリシノミ	異	HH−M＋	ZE−	尋常	KC	試驗的開腹術	三ケ月前ヨリ漸次ノ衰弱ヲ以テ始マリ腫瘤ヲ自覺ス血管壁硬化ス
IV	男	四〇	？	×一五	發作的ニ來ル強キ疼痛アリ通前ニ強シ	＋	−	−	異	HH−M＋	ZE−	V	CS	試驗的開腹術	退院後經過未詳發病ハ二年前ニシテ食後不快ノ感ヲ有ス退院後ノ經過未詳

第五　膵癌ノ經過中熱及ヒ下痢ヲ發セハ其ノ豫後ヲシテ益不良ナラシム

第六　膵癌ノ經過ハ約半ケ年ニ過キス

第七　手術ニ際シ單ニ膵臓部ノ硬結ヲ觸知シタリトテ直チニ膵癌ノ診斷ヲ下スハ早計ニ屬ス必スヤ鈍ニ其ノ一部ヲ剔離シ肉眼的膵實質ヲ檢スルヲ要ス

第八　療法トシテハ姑息的療法ニ依ルノ他手術的ニハ早期ニ試驗的開腹術ヲ行ヒ後始メテ適應ノ手術ヲ撰定スルニアリ

明治四十一年六月下旬京都醫科大學醫院ニ於テ

參考セシ書目ノ主ナルモノ

1) Elaesser, L., Die in den letzten 10 Jahren an der Heidelburger chirurgischen Klinik beobachteten Fälle von Pankreaserkrankungen. Mitteilungen aus dem Grenzgebiet der Medizin und Chirurgie. XVIII Bd. Heft 2. 1907;

2) W. Körte, Die chirurgischen Krankheiten und die Verletzungen des Pankreas. Deutesche Chirurgie, Lieferung 45 d 1898;

3) 草間滋　膵頭原發癌ニ就テ，明治四十年八月癌第一年第一冊

4) Oser, Erkrankungen des Pankreas. Wien 1898; A. Hölder in Notnagels spec. Pathologie

XVIII	XVII	
女	男	
四八	三五	
一七〇	× 六八	
一八	× 二一	
輕キ疼痛アリ	食後激痛アリ	
+	+	
−	−	
−	−	
瓦	瓦	
M H +	○	
Z E −	Z E − −	
V	V	
N	K	
試驗的開腹術	試驗的開腹術	
經過未詳	腫瘤自覺ス退院後ノ	發作性ノ激痛ヲ以テ始マリ時々熱發ス腫瘤自覺ス食滯ヲ以テ始マリ腫瘤自覺ス退院後ノ

備考 ×ハ退院 Hハ遊離鹽酸 Mハ乳酸 Gハ膽汁色素 Eハ蛋白 Zハ糖分 Iハ「インヂカン」反應 Vハ秘結 Kハ膵頭 Cハ膵體 Sハ膵尾ノ略字トス

○同一乳腺内ニ二種ノ上皮細胞性腫瘍ヲ發生シタル一例

(Ein Fall vom Auftreten beider epithelialen Geschwülste in einer und derselben Milchdrüse).

東京醫科大學病理學教室ニ於テ

志願助手 今村隼稻

緒論

女子乳腺ハ生理的範圍ニ於テ、内生殖機關ノ發育ニ伴ヒ、或ハ姙娠授乳期等ニ關聯シテ、著明ノ變化ヲ呈スル者ナルガ、病的殊ニ同腺内ニ於ケル腫瘍發生ノ場合ハ

	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI
	男	男	男	男	男	男	男	女	女	女	男	男
	四五	？	四〇	三五	四〇	五八	四五	三九	五九	四〇	五三	五八
	一二四	二三八	二〇四	二五〇	一六四	一八〇	一六一	？	一〇〇	？	六九	一七〇
胃ニ鈍痛ヲ有	一九	一二二	七	八〇	六時間アリ	○	一	×	○	×	○	四
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−	極輕キ疼痛ア
	+	+	+	−	+	−	+	−	+	−	−	−
	−	−	−	+	+	−	−	−	−	−	−	−
	不眞	稍眞	稍眞	稍眞	不眞	眞	稍眞	眞	眞	眞	眞	稍眞
	○	○	○	○	○	M＋H−	○	M痕跡H−	○	H−	○	M＋H−
G＋	E痕跡Z−	E痕跡	Z−−	Z−−	○	Z−−	Z−−	Z−−	Z−−	Z−−	Z−−	I＋Z−−
V灰白色	V	V灰白色	V	V	V	脂肪球アリ	脂肪球アリ	V	○	尊常	尊常後ト痢ス	V
K	K	K	K	K	全部（主ニK）	全部（主ニK）	K	K	K	S	K	S
膵臓腸瘻形成術	膵臓切開術	膵臓腸瘻形成術	胃腸吻合術	膵臓切開術	手術ヲ行ハス	手術ヲ行ハス	膵臓腸瘻形成術	手術ヲ行ハズ	手術ヲ行ハス	手術ヲ行ハス	手術ヲ行ハス	試験的開腹術
黄疸ヲ以テ始マリ少シク熱發ス腹水アリ	發病ハ二年前ニシテ黄疸ヲ以テ始マリ少シク熱發ス	疼痛ヲ以テ始マル腹水アリ	半ケ年前ヨリ胃ノ痙攣樣發作ヲ以テ始マル	胃ノ痙攣樣發作ヲ以テ始マル胆石アリ	半ケ年前ヨリ胃ノ疼痛ヲ以テ始マル腫瘤ヲ自覺ス	發病ハ廿年前ニアリ退院後ノ經過未詳	激痛ヲ以テ始マル	食後激痛ヲ以テ始マリ熱發アリ腫瘤ヲ自覺ス	胃部滿食思不振ヲ以テ始マリ腫瘤ヲ自覺ス腸ニ時々蠕動	食後胃疼痛ヲ以テ始マリ時々熱發ス體重上ル	輕キ疼痛ヲ以テ始マリ強キ痙攣アリ腫瘤ヲ自覺ス	腫瘤ヲ自覺ス

離セル者等ノ像ヲ認メタルモ、之レニ反シテ十例ノ幼年女性乳房ニ於テハ毫モ此事ナシ、故ニ氏ハ是レヲ老女性乳房ノ生理的狀態ニ在ル者トナシ、是レハ刺戟ニ由ルニ非ラズトセリ、或ハ然ラン實ニ氏ノ觀察ノ如ク老女性乳房排泄管上皮細胞ノ增生ヲ以テ生理的ノ者トセバ、是レ即チ輸乳管等ノ上皮細胞ハ、腺分泌部上皮細胞ニ反シ、內生殖器ト全ク一致併行スル者ニ非ラズ、隨ツテ往々同時ニ多少增加シ來ル間質結締織ノ緊縮等ノ爲メニ、潴溜囊胞狀物ヲ形成スルニ職由スル者ト認メテ可ナラン、偶々市內加藤病院ノ桑原「ドクトル」ノ寄贈ニ係ハル乳癌ノ一例ハ、其ガ發生上趣味アリトシテ、山極博士ヨリ特ニ余ニ調査ス可ク命セラレタル者ニシテ、同一乳腺內ニ一癌腫結節ヲ具フルノ傍ラ亦チーチエー氏所記ノ如キ、然カモ其變狀高度ナル者ヲ伴ヘリ、抑モ本例ニ於ケル此排泄管上皮細胞ノ增生ハ、直チニチーチエー氏所論ノ如ク單ニ尙老人現象トシテ認メ可キヤ否ヤ、其變化ハ同時ニ存在スル眞正癌腫ニ對シテ何等發生的關係ヲ有スル者ナルヤ否ヤ、將又兩者全ク別物トセバ、其發生源因ヲ同フスルヤ否ヤ等ハ、其ニ極メテ興味アル問題ニメ、又同時ニ乳癌ノ發生研究ニ於テ貴要ノ一事タルヲ失ハザル可シ、是レ余ガ一例ナルニ係ラズ其調查成績ヲ報告スル所以ナリ、

同一乳腺内ニ二種ノ上皮細胞性腫瘍ヲ發生シタル一例

是レ亦内生殖器ノ變化ト一定ノ關係ヲ有スルモノカ、ルユツケ、フホルクマン、ヴインニワルテル、ホルレザボリー、ヴイルソンノ諸氏ハ姙娠ニ因由シテ乳腺腫瘍殊ニ惡性腫瘍ノ發生セルヲ云爲スルアリ、或ハ姙娠ニ因リテ已ニ發生セル乳癌ノ發育ヲ速カナラシムルモノナリトノルユツケノ主張ニ對シテペー、ミユルレルノ乳癌ニ於ケル、フイツシユルノ乳房纖維性腺腫ニ於ケル各實驗例ハ之レヲ證明スル者ノ如シ、其他シンヂンゲル、ミツヘル等ノ卵巢摘出ニ依リテ乳癌ノ萎縮シ或ハ、ギンナルトノ大ナル子宮纖維腫ヲ伴フ乳癌患者ニ於テ、其子宮摘出ニ依リ乳癌及腋窩腺腫脹ノ退行セル如キ事實ハ、因テ以テ内部生殖器變狀ノ感作ハ、乳腺血行ニ變化ヲ來タシ延ヒテ乳癌發育上ニ影響ヲ及ボス者アルコヲ示ス者ト稱シ得ベシ、

然レ𪜈乳癌ノ發生自己ハ、他ノ一般癌腫ノ如ク多ク老年ニ來ル者ニメ、即チ普通内生殖器ノ退行期ニ於テ、特ニ乳腺ニ新生機能ヲ發起スル者トセバ、發生ノ理由ハ必スヤ乳腺自己ニ於テ存セザル可カラズ、チーツエーハ千九百四年第七十六回獨乙萬有學及醫學會ニ於テ老女性乳房排泄管上皮細胞ノ變化ニ就ヒテ論ズル所アリ、即チ其二五%ニ於テハ顯微鏡的全ク囊腫性腺腫ト一樣ナル上皮細胞ノ增生、乳腺組織ノ增殖強ク增殖セル上皮細胞ヲ以テ圍ミシ腔胞、及腔胞内上皮細胞列ノ剝

矢狀切割ヲ加ヘタル斷面ヲ檢スルニ、乳房乳頭ヲ境トシテ、上下二ツニ區分シ得ラルル可キ兩腫瘍ヨリ成ル、

下位(第一腫瘍)ノ者ハ鷄卵大ニメ質一般ニ硬靱ナリ、中央約拇指頭大ノ壞死部分アリ、又其中央一小部分(季指頭大窩狀ニ物質缺損ヲ示ス、灰白色ノ腫瘍割面ハ、纖細ナル結締織索ニヨリテ諸多方向ニ貫通サレ胞巢狀造構ヲ示ス、而メ全體曩キノ皮膚癒着部ニ一致スル皮下脂肪織內ニ占居シ、周圍トノ境界明劃ニシテ上位ノ腫瘍ト亦明カニ區別シ得ラル、

上位(第二腫瘍)ノ者ハ胡桃大、移動性ニシテ皮下ニ存在シ、割面蜂窩狀粗糙ナリ、而シテ其境界ハ前者ノ如ク明ナラズ、質稍々柔靱ナリトス、

腋窩腺ハ豌豆大—雀卵大—鳩卵大ニ腫脹シ、質堅ク、割面髓樣略ホ平等ノ觀ヲ呈スルモ精查スルニ微細ナル結締織材ノ貫通スルヲ見ル

○顯微鏡的所見

余ハ全腫瘍ヲ六分シテ各部ヨリ切片標本ヲ作リ、其全體ヲ通覽スルニ便セリ、以下之レガ所見ヲ綜合シテ記載ス可シ、

第一腫瘍(下位ニ存スル者)、標本、「ヘマトキシリン」「エオジン」染色、ワンギーソン氏染色、

則チ茲ニ稿ヲ起スニ先チ特ニ桑原「ドクトル」ノ好意ヲ謝ス

實驗例

伊藤某(女)　四十六年

已往症　父ハ酒客五十歳ニシテ不明ノ疾患ニ斃レ、母ハ卅九歳産褥中ニ死ス(死因詳ナラズ)、祖父ハ常ニ呼吸器病ヲ患ヒタレ𪜈、七十歳ノ祖母ハ八十歳ノ長壽ヲ保テリ同胞三人一姉關節僂麻質斯ヲ患ヒ、一兄頗ル健ナリト、

患者四歳ノ時天然痘ヲ患ヒ、十二歳ノ時麻疹ヲ經過シ、十六歳月花初潮十八歳結婚爾來一子ヲ擧ゲズ、

十九歳ノ時子宮疾患ヲ患ヒ一ケ月餘ニシテ治シ、卅歳再ビ該疾患ニ惱マサレシト爾後月經常ニ不調ナリ、

現症ノ病歴　明治四十年二月右乳房下部ニ偶然無痛性雀卵大硬結ヲ觸知シ、漸次增大シ同年六月頃ヨリ腋窩ニ於テ腫瘤ヲ觸レタリ、壓痛アルモ自然痛ナシ(以下所見條下ニ譲ル)同年十二月手術ニ依リ乳房腋窩腺ヲ除去セリ、

○右乳房腫瘍ノ肉眼的所見、

乳房皮膚ハ乳房乳頭ノ下方一部分在下腫瘍ト癒着スルノ他異常ナシ、

同一乳腺内ニ二種ノ上皮細胞性腫瘍ヲ發生シタル一例

細胞原形質ハ比較的其量ニ乏シク、淡ク「エオ、ジン」ニヨリ着色ス、細胞ハ相互密ニ並列シ、而メ諸多ノ方向ニ走レル、疎密不定ノ幼結締織索ノ毛細管ヲ有スル者或ハ單ニ毛細管ヨリ成ル腫瘍間質ニヨリテ、大小形狀甚ダ多樣ナル、乍然過半細長ナル細胞索ヲ形成セリ、

以上周邊部ハ即チ細胞索相密邇シ、間質量ハ之レニ反シテ微弱ナルモ、漸々中心ニ進ムニ從ヒ全ク反對ノ像ヲ示スニ至ル、

（第二）中心部性狀　周邊ヨリ中心ニ進ムニ從ヒ、實質細胞ノ量ハ徐々ニ減退スルヲ示ス、即チ硬靭ニシテ核ニ乏シキ多量ノ結締織、或ハ甚ダ緩疎ナル織維性造搆ヲ示ス多量ノ間質ニヨリテ、不正ノ細胞群ニ分割サル、而シテ諸細胞巢ハ比較的厚クシテ核ニ富ム織維性結締織索條ニヨリ大小ノ分野ニ分割サル、而シテ分野ハ過半細長ナルカ或ハ網狀ノ連絡ヲ爲ス、

其他尙一定廣域ニ涉リテ單純壞死ノ像ヲ示ス部分アリ、核ハ全ク染色セズ一樣ニ「エオジン」ニヨリ淡染ス、彈力織維染色標本ニ於テ小動靜脈管ヲ明視シ得ベクシテ明カニ小動脈管壁ノ癌性浸潤ヲ蒙ムル者アリ、腔內異常組織ノ存在セザルニ反シテ靜脈管腔內ハ腫瘍組織ヲ容レ、然カモ亦一樣ニ胞巢狀造搆ヲ示ス

ワイゲルト氏彈力纖維染色、

（第一）周邊部ノ性狀　弱廓大（ライツ氏顯微鏡接眼、I接物3、以下之レニ倣フ）ニ於テハ、概シテ腫瘍細胞ノ存在極メテ密ナルニ比シテ、間質ノ量ハ甚ダ貧シ、隨ツテ胞巢狀造搆著明ナラズ、腫瘍細胞ハ主トシテ一行ヲナシテ浸潤セル者相櫛比セリ、全外圍ノ或ハ皮膚眞皮ト、或ハ皮下脂肪織ト、或ハ深部胸筋前面ノ脂肪織ニ、或ハ上位ノ腫瘍トニ接觸スル部分ニ於テハ、多少ノ白血球浸潤ヲ認ム、乳房乳頭ニ近ク少數小葉ノ結締織ニ圍マレタル者アリ、同ジク乳頭附近其他ノ周邊ニ於テ乳腺小葉ニ續ク程度ノ細排泄管ノ斷面ヲ包埋スルヲ見ル、該排泄管上皮ハ腫瘍細胞ニ比シテハ、强ク「ヘマトキシリン」ニ着染セル圓柱狀核ヲ有スル、骰子形―短圓柱狀ノ細胞ニメ、多クハ二層ニ整列ス、此等上皮細胞ニ圍繞セラル、尋常大管腔中間々擴張セル者アリ、而シテ腫瘍細胞ハ直チニ排泄管周圍ニ接着スルモ上記着色ノ模樣、配列ノ狀態ニヨリ一見明カニ兩者ヲ識別シ得ベクシテ、亦細小腺排泄管ノ上皮ニ一ノ異型的性狀ヲ呈スル者ヲ示サス、

强擴大（ライツ氏顯微鏡接眼I、接物7、以下之レニ倣フ）ニ於テハ細胞ハ多クハ圓―卵圓形ノ核ヲ有シ「クロマチン」ノ量ニ富ミ、核膜核像著明ナリ、

―同一乳腺内ニ二種ノ上皮細胞性腫瘍ヲ發生シタル一例―

第二腫瘍(上位ノ者)多數切片標本ニ於テ諸種染色法ヲ應用シタル者ニ就キ得タル所見ヲ總括シ以下其記載ヲ序列ス可シ。

肉眼的已ニ叙述シタル如ク、第一腫瘍ニ比シテ其境界明劃ナラズ漸次周圍ニ移行ス、質硬カラズ一見直チニ腫瘍ト斷スルニ躊躇セシム、即チ乳腺大—中等大排泄管上皮細胞ノ異常增殖ヲ營メル者ガ比較的多量ノ結締織間質ノ間ニ介在セル者是レナリ、

(第一)結締織間質ノ性狀　玆ニ於テモ乳頭附近ニハ小葉ノ遺存物アリ、排泄管ヲ圍繞スル結締織ハ概シテ强靱、核ニ貧シク、强ク「エオジン」ニヨリ着色シ、纖維性造構著明ナラザル者アリ、而ノ排泄管ニ對シ可成厚キ被膜ヲ形成シ、尙一定近圍ノ結締織又略ボ同性狀ヲ示ス、然レモ附近相隣レル數腺管相互ノ間ニ挾マル、一帶ノ結締織ハ比較的緩粗ニシテ「エオジン」ニ淡染シ纖維性造構明カニシテ、亦兼テ粘液變性ヲ蒙ムル如キ觀ヲ呈スルアリ、或ハ脂肪織ヲ混ズルアリ。

一般ニ多少ノ白血球浸潤アリ、其ハ或ハ限局性ニ又ハ瀰蔓性ニ排泄管ニ沿フテ、又ハ管壁自己ニ存在シ或ハ細血管ノ經過ニ一致スルヲ見ル、如是白血球浸潤アル鬆粗結締織ノ存スル部ニ會々輸乳管壁上皮ノ增生セル者ガ突起ヲ出セルノ像ハ吾

同一乳腺内ニ二種ノ上皮細胞性腫瘍ヲ發生シタル一例

第一腫瘍所見摘要

(一) 染色質ニ富ミタル圓―卵圓形ノ核ヲ有スル、比較的原形質ニ乏シキ腫瘍細胞ハ腫瘍周邊部ニ稠密ニシテ、漸々中心ニ進ムニ從ヒ其量ヲ減ス、之レニ反シテ結締織間質ハ周邊ニ貧シクシテ中心ニ富ム、即チ周邊部ハ髓樣癌ノ像ヲ呈シ、中心部ハ却テ「スキルス」ノ性狀ヲ示ス、是レ乳腺ヨリ發生スル初期ノ癌ニ就テ、最モ屢々遭遇スル腺細胞癌ノ發育狀態ナリ、

(二) 畧ホ平等卵圓形ヲ示セル腫瘍ノ全周圍ハ一部乳房乳頭ニ近ク皮膚眞皮ニ直接スルノ他ハ皮下織内ニ存在シ一部第二腫瘍ト接着ス、境界部ハ一般ニ多少ノ白血球浸潤ヲ示ス、

(三) 腫瘍周邊部或ハ深部ニ於テ、生理的乳腺細小排泄管―若シクハ小葉ノ遺殘物ヲ包含シ而メ管腔面ハ常大ナル者或ハ却テ擴大スル者ノ二三ヲ見ルモ然レモ一モ上皮細胞ノ異常增殖ヲ營ム者ニ遭遇セズ、唯中心部ニ近ク且ツ乳頭側ニ偏シタル所ヨリ得タル切片ニ於テ、中等大ノ已存輸乳管々腔僅カニ存在シ壁ハ到ル所腫瘍細胞ト殆ンド區別ス可カラザル上皮細胞ノ層重スル者ヲ附麗シ、壁自己ハ隨所上皮細胞ノ浸潤ヲ呈セル者アルハ第一腫瘍ノ發生上注目ニ價スル點ナリトス

ノ存在明カニシテ、而シテ其内腔ハ甚ダ擴張シ、先キノ生理的ノ者ニ比ス可クモアラズ、

今横斷ニ係ハル比較的變化少ナキ一大排泄管ニ就テ檢スルニ、其上皮細胞ハ整然二層ヲ爲シ、全ク生理的ノ者ニ異ナラズト雖、連續的ニ之レヲ追究スルニ、數葉ノ切片ニ於テハ其上皮細胞面一部丘狀ニ隆起シ、腔内ニ突隆ス、而シテ該部上皮細胞ノ性狀ト其配列トハ全ク其面目ヲ異ニスルヲ見ル、即チ生理的腺排泄管上皮細胞ニ比シテ遙カニ大ナル多角多形性ノ細胞ハ圓―橢圓―形ニシ「クロマチン」ニ富ミ、核膜著明、多クハ二ケノ核小體ヲ包容スル大核ヲ具フ、而シテ原形質ハ比較的強ク「エオジン」ニ染ム、此等細胞ノ多數ハ集簇シテ普通上皮細胞列間ニ占居ス、然レモ其上皮細胞列トノ境界ハ明劃ナラズ多少混在スル者ノ如シ、

此クノ如ク一小部分ニ異常ノ細胞群ヲ認ムルハ甚ダ僅カナル場所ニノミ遭遇スル者ニシテ、即チ他ノ排泄管ノ縱橫斷面ニ於テハ其管壁一小部分生理的上皮細胞ヲ附着スルニ反シテ、其大部分ハ上記ノ大細胞ヲ附着ス、不規則層狀ニ、然カモ層ノ厚薄ヲ異ニスル者腔内ニ增殖ヲ營ムヲ見ル、兩者境界ハ或ハ頓ニ區劃ヲ示シ、或ハ整然附麗セル普通上皮細胞列ヲ超ヘテ、其直ニ内面ニ秩序ナク不正層狀ニ存在シ、

人ヲシテ癌ノ發育上周圍抵抗力ノ强弱ガ大關係ヲ有スルコヲ認知セシムル者アリ、

（第二）腺排泄管上皮細胞ノ性狀

(1) 吾人ハ第一腫瘍内ニ包埋セラレテ存在スル者ト同一ナル、全ク生理的ー多少萎縮ニ陷レル細小排泄管ヲ、乳房乳頭ニ近キ部分ニ於テ或ハ更ラニ深部結締織内ニ於テ、其少數ヲ認ムルコヲ得ルモ、然レモ亦腺胞或ハ小葉トメ認メ得ベキ者ハ唯乳頭附近ニ於テ其少數ニ遭遇スルノミ、

乳房乳頭ニ開口スル部分ノ上皮細胞ハ、外表上皮細胞列ト連續シ更ニ乳腺實ニ於ケルモ其上皮細胞ハ外表上皮細胞ト異ナルナシ、漸々深部ニ進ムニ從ヒ其複層上皮ハ、其層ヲ減ジ、細胞亦骰子形ヲ呈シテ二層トナリ、遂ニ二層ノ圓柱狀上皮細胞列ニ移行ス、此クノ如ク排泄口ニ近キ部分ノ上皮細胞ハ生理的範圍ヲ脫セズト雖其諸部ニ於テ又更ニ深部ニ進ムニ從ヒ甚ダ其性狀ヲ異ニシ、外表上皮細胞ニ近キ性質ノ再現スルヲ見ル可シ、

(2) 即チ大多數ノ大ー中等大排泄管縱橫斜斷面ヲ檢スルニ、已記ノ如ク基膜ハ厚クシテ概シテ强靭「エオジン」ニ濃染シ「フクシン」ニヨリ亦濃紅色ニ染ム、此ク固有壁

——同一乳腺内ニ二種ノ上皮細胞性腫瘍ヲ發生シタル一例——

以上變性—壞死ハ一管腔内ニ併存シ、或ハ然ラズ、又腔ノ大部分ニ渉ル者アリ、或ハ然ラズシテ單ニ中心一小部分ニ止マルアリテ一定セズ、常ニ「コレステアリン」小板ヲ混ユ、又間質内ト思ハル、所ニモ石灰沈着アリ、

更ラニ或ル排泄管ニ於テハ上記ノ大細胞ヲ以テ全腔ヲ滿タシ毫モ變性壞死ノ徴ナキ者アリ、コハ多クハ小排泄管ニ限ル者トス、

以上ハ大多數排泄管ニ就キ其上皮細胞ノ異型增生ヲ通說シタルモ、以下特ニ其趣キヲ異ニセル者ニ就キ二三所見ヲ記載ス可シ、

(3) 二三ノ排泄管ニ於テハ固有壁ノ一部ヲ通シテ細胞群ノ突出スル者ヲ見ル、此際爾他ノ部分ニ見ル管腔壁ノ上皮細胞ハ數層ニ不正ニ配列シ、中央部變性壞死ニ陷レル物質ヲ容ル、コ上記ノ者ニ異ナラズ、而シテ一—二三ノ個所ニ於テ其細胞群ハ突起狀ニ固有壁ヲ通シテ外圍結締織内ニ進ミ、此際外圍結締織ハ普通間質ノ强靭ナルニ反シテ多少緩粗ニシテ、强ク白血球ノ浸潤ヲ示ス、突出スル細胞群ハ其先端鈍圓ナルアリ、或ハ二三並列シテ茸狀ヲ爲シ而シテ腔内ニ層重セル細胞群ト直續ス、其壁ヲ通過スル細莖部ノ細胞ハ相互ノ壓迫ニヨリ扁平トナルヲ見ル、此等ノ像ハ或ハ乳房乳頭ニ近キ部分ニ於テ、或ハ深部ニ於テ尠ナカラズ遭遇スルノ所

同一乳腺内ニ二種ノ上皮細胞性腫瘍ヲ發生シタル一例

或ハ單ニ整然骰子形ヲ爲セル大細胞ノ同樣ニ附着スル者アリ、此等兩種ノ上皮細胞ヲ併存スル排泄管ハ甚ダ少數ニ於テ認ムルニ過ギズ、爾他多數ノ者ハ以上違型增生ヲ營メル外表上皮細胞ニ似タル大細胞ノ畧ボ一樣ノ厚サノ層狀ニ於テ、或ハ不定ノ厚薄ヲナシテ全腔壁ヲ被覆スルヲ常トス、此際固有壁未ダ亂レズ單ニ白血球ノ浸潤ヲ示スノミナリ、

一般排泄管腔ハ非常ニ擴張シ、腔内多クハ變性物質ヲ以テ充タサレ「エオジン」ニヨリ汚穢赤色ニ着染シ、時ニ其細胞ノ形跡トシテ認メ得ベキ圓形ノ形象ヲ示シ、或ハ核ノ一樣無造構、少シク膨大セル者、或ハ核碎片ヲ混ズル者アリ、或ハ然ラズシテ全ク一樣無組織顆粒狀ノ觀ヲ呈シ(單純壞死或ハ中心部ニ一乃至數ケ所ニ畧ボ限局セル石灰沈着ヲ示ス、

或ハ全ク脂肪變性ニ陷リ、殊ニ或ル一標本ニ於テハ其腔内ハ上記壞死ノ性狀ヲ示サズシテ、即チ管壁ノ上皮細胞ヨリ少シク大ナル、而シテ透明性ニ富ム細胞ノ多數ヲ容ル、者アリ、而シテ正シキ核ヲ有シ、原形質富饒、原形質内ニハ細顆粒狀—少シク大ナル滴狀物ヲ以テ滿タサル、一見「コロストルーム」小體ニ一致スルノ像ヲ示スモノ、恐ラク亦上皮細胞ノ脂肪變性ニ陷リタル者ニ外ナラザル可シ、

細胞ノ性狀ハ既記排泄管ニ於ケル增殖セル上皮細胞ト全ク一致スル大細胞ニシテ、畧ボ圓形ノ胞巢ヲ形成シ、中心部壞死ニ陷レル者アリ、或ハ然ラズシテ同性質ノ細胞實性ニ集積シ、而シテ毛細管ニヨリテ或ハ幼結締織索ニヨリテ胞巢狀不正形ノ分野ニ分タル、此等細胞ノ密集シテ一定廣域ニ涉ル者ハ多クハ乳腺周圍部ニシテ、皮下脂肪織內ニ介在スル局部ニ於テ認ムルコヲ得、

以上ノ如ク此等細胞ハ全ク增殖セル排泄管上皮細胞ト其性格ヲ一ニスルモ、然レドモ前記第一腫瘍ノ細胞ニ比スルニ其間甚ダ徑庭アルコヲ知ル、即チ第一腫瘍ノ細胞ハ比較的小細胞ニシテ核ハ强ク「ヘマトキシリン」ニ染ム、然ルニ第二腫瘍ノ場合ハ其細胞ノ容積遙カニ大ニシテ、核亦從ツテ大、稍淡ク「ヘマトキシリン」ニ染ミ、常ニ二三ノ核小體ヲ示ス、原形質富饒ニシテ强ク「エオジン」ニ着染スルニ反シ、前者ハ其量ニ貧シク、且ツ淡ク「エオジン」ニ染ム等ノ狀、一見直チニ兩者間ノ區別著シキヲ知ルニ難カラズ、余ハ茲ニ於テ第二腫瘍即チ乳腺大—中等大排泄管上皮細胞ノ異型增生ニ就キ其性狀ヲ記シ了シタリ、更ラニ之レヲ摘記セバ、

(一) 結締織間質ハ概シテ强靱、限局性—瀰蔓性ニ排泄管固有壁ニ於テ、或ハ細血管ニ沿フテ多少ノ白血球浸潤ヲ示ス、

見ナリトス、

更ニ他ノ排泄管横斷面ニ於テハ、單ニ一二ノ小部分ニ於テ細胞ノ突出ヲ示スニ止マラズ全周圍已ニ不正鈍圓ナル凸凹ヲナシテ波狀ヲ呈シ、其固有壁外方ニ壓排セラル、如キ狀ニアリ、多少菲薄トナリ實質ヲ圍繞ス、而シテ腔内細胞ハ盛ンニ增殖シテ全腔間ヲ塡シテ、僅カニ一小部分ノ壞死ヲ交ユルニ過ギズ、今强擴大—油浸裝置(ライツ氏顯微鏡接眼1、接物1/12インメルジオン)ニヨリテ精檢スルニ其細胞群ハ數條ノ毛細管ニヨリ區劃セラレ、尙内被細胞突起ノ一二條中心壞死竈ニ向ツテ侵入スル者アリ、該突起ハ先キノ鈍圓ニ膨出スル細胞群突隆ノ隣位兩者間ニ圍マル、隅角部結締織ノ多少緩粗トナリ、稍々强ク白血球浸潤ヲ被ムレル部位ニ起ル、此等内被細胞突起或ハ毛細管ハ單ニ一二條ニ止マルアリ、或ハ數條ヲ具フル者アリトス、

更ラニ吾人ハ他ノ部位ニ於テ恰カモ以上ノ性狀ヲ具備スル細胞群ノ一定廣域ニ渉ル者ニ遭遇セリ、

即チ已ニ肉眼的ニ小豆大—尙大ナル紫紅色ニ染ミタル局部ヲ切片標本ニ於テ透見シ得ラルル可キ細胞群團ヲ見ル、

考案

余ハ以上第一第二腫瘍ニ就キ其ノ性狀ヲ各別ニ記載シタリ、以下此等所見ニ基キ自家ノ考案ヲ述ベントス、

(第一) 第一腫瘍ハ何レノ癌ニ屬ス可ク、何レニ其發生源ヲ求ム可キカ

已ニ鏡下所見ニ於テ周邊部ハ髓樣癌ニシテ、中心部ハ硬性癌ノ像ヲ示スコヲ記セリ、殊ニ髓樣癌ノ部分ハ細胞ノ配列極メテ蜜、隨ツテ細胞ノ形狀ヲ正確ニ認メ難シト雖、先ツ多角形ナリト認メ得ベシ、即チ普通乳癌ニ見ル可キ腺細胞癌或ハ單純癌ニ外ナラズ、其中心部寧ロ硬性癌ノ性狀ヲ呈スルハ、周邊部ニ比シテ陳舊ナルヲ示ス者ニシテ一部癌細胞ノ退行變性ニ隨伴シテ、結締織ノ新生ヲ惹起シ、茲ニ硬性癌ノ像ヲ示スニ到レルナリ、殊ニ竈ハ略ボ圓形ヲ維持シツヽ周圍ニ對シテ擴大性增殖ヲ營ミタル者ナリト推知スルニ難カラズ、

已ニ可ナリ發育增大シタル者ナレバ(組織學上ノ意義ニ於テ)其組織發生當初ノ狀ヲ窺フ能ハザルモ、癌ノ腺細胞癌ニ屬スルヤ論ナシ、唯其母細胞ハ乳腺分泌部上皮細胞ナルカ、將タ輸乳管上皮細胞ニ屬ス可キヤハ、乳腺々細胞癌ハ分泌部ヨリモ、排泄部ヨリモ發生シ得ルガ故ニ、未ダ俄カニ斷シ難キ者アリト雖、腫瘍內終ニ小葉像

甚ダ其性格ニ差異アルヲ示ス

——同一乳腺内ニ二種ノ上皮細胞性腫瘍ヲ發生シタル一例——

(二)第二腫瘍ニ於テ僅少ノ生理的排泄管ノ存在ヲ示スモ然レモ其腺胞—小葉トシテ認メ得ベキ者ハ亦乳頭附近ニ於テ其少數ヲ存スルノミナリ、

(三)爾他大多數ノ乳腺排泄管上皮細胞ハ一般ニ異型增生ヲ營ムコヲ示ス、

(イ)未ダ管壁ノ一部ノミニ於テ異常ノ多形性大細胞群ヲ具フル者アリ(少數)、或ハ大部分已ニ其異型ノ細胞管ニ占居セラルヽアリ、或ハ全部異型的大細胞ニ被覆セラルヽアリ(大多數)、

(ロ)異型增生ヲ營メル排泄管ハ甚シク擴張シ、其細胞層ノ圍ム腔内ハ變性—壞死—石灰沈着ヲ示ス、

(四)增殖セル上皮細胞ノ一部固有壁ヲ通ジテ外圍ノ白血球浸潤性緩粗ナル結締織内ニ突入スル者アリ、或ハ全周不正波狀ニ腔内ノ增殖セル上皮細胞ニヨリ壓排セラルヽ如キ者アリ、此際特ニ毛細管ニヨリ數個ノ細胞分野ニ區劃セラルヽ間々中心壞死部ニ向フ内被細胞突起ヲ證明ス、

(五)肉眼的已ニ透見シ得ベキ小豆大乃至以上ノ細胞竈アリ、其細胞ハ同上性質ノ者ニシテ著明ナル胞巢狀造構ヲ具フ、而シテ此等細胞ハ第一腫瘍ノ細胞ニ比シテ甚ダ其性格ニ差異アルコヲ示ス、

定シ得ベキニ非ラズ、最モ本例ニ於テハ乳腺間質炎ノ已往症乃至之レヲ將來ス可キ授乳其他ノ事無シ、(此慢性乳腺間質炎ト乳癌トノ關係ニ就キテハ曩キニ松本學士ガ當病理教室ニ於テ多數材料ニ就キ研究セラレタレバ不日本業報ニ於テ公ニセラル可シ)就中如上ノ像ニ於テ是レヲ眞正腫瘍トシテ假定センモ、其果シテ惡性腫瘍ナルヤ否ヤヲ決定センニ極メテ愼重ナラザル可カラズ、蓋シ吾人ハ形貌學上ノミニヨリ癌ノ最初期ヲ診定スルニ能ハザレバナリ、

殊ニ乳癌ノ如キニ於テハ、其腫瘍增殖ノ刺戟ニヨリ、乳腺排泄管上皮細胞ノ反應的增生ヲ營ムコアリト稱スル者アリ(ボルスト)、

余ノ場合ハ如何ニ之レヲ解ク可キカ或ハチーチエー所說ノ如ク單ニ生理的現象ト認メ可キカ、或ハボルストノ稱スル如ク反應性增殖ト見做ス可キカ、

然レモ余ハ余ノ例ニ於テハ此兩者ノ一ニ依リテ解決シ得ベシト信スルニ能ハズ即チ乳腺排泄管上皮細胞ノ增殖ハ、徒ニ壁上皮ヲシテ層疊性ナラシムルノミナラズ、腔ヲモ塡塞シ、隨ツテ腔內ハ單純壞死—脂化セル頽癈物ヲ容レ、加之或者ハ固有壁ノ一部ヲ通シテ外圍ニ細胞ノ突進ヲ示シ、或ハ固有壁ノ全周不正ニ波狀凹凸ヲ呈シ、增殖セル細胞群ハ益々周圍ニ汎濫センストスルノ狀アリ、即チ固有壁ノ內外ニ

ヲ認メズ、小葉ニ續ク可キ細小輸乳管ニ增生狀態ナキヿ、及夫ノ中等大輸乳管ニシテ腫瘍化セルノ像ハ腺腫性癌ノ像ヲ認メザルモ亦以テ、其發生ノ中等大輸乳管上皮細胞ヨリナルヿヲ示スニ足ランカ、此點ニ於テ興味アルハ第二腫瘍モ亦殆ンド腺腫性像ヲ呈セザルニ在リトス、

（第二）次ニ余ノ第二腫瘍トシテ記載シタル者ハ、直チニ以テ腫瘍ニ算定スルニ缺クルナキカ、或ハチーチエー氏所說ノ如ク老女性乳腺ノ生理的狀態ト見做ス可キカ、將タ亦癌新生ノ初期トシテ認ムルヲ得ベキカ、

千九百四年カイベルノ公ニセシ二例ノ乳房囊腫性腺腫ハ余ノ所謂第二腫瘍ト甚ダ類似スル者ナリ、ゲーニッヒハ之ヲ慢性間質炎症トシ、殊ニ哺乳時乳腺ノ膿瘍ニ罹レル部分ニ發生スル者トナシ、ザツセー亦之レヲ慢性炎症ノ疑アリト爲ス獨リシンメルブツシユ之レヲ囊腫性腺腫ト爲シ、癌發生ノ初期ニ於テ亦同一像ヲ示スヿアル可キヲ論シ、兩者元ヨリ區別ス可キ者ニシテ而シテ亦甚ダ近キ關係ニ在ル者ト爲ス、是レ實ニ穩當ナル所說ニシテ、今日多數病理學者ノ見解ニ據レバ炎性增生ト腫瘍新生トノ間ニ、從來人ノ考ヘタル如キ、截然タル區別ハ存セザルトノ事ナレバ本例乳腺上皮ノ增殖ノ如キモ一見直チニ炎症性ナリ、或ハ否腫瘍性ナリト判

——同一乳腺內ニ二種ノ上皮細胞性腫瘍ヲ發生シタル一例——

スルヲ實驗シ更ラニチーチエー、ブロート、アルマウド氏ノ例ハ余ノ例ニ似テ眞正癌腫ノ直接近圍ニ於テ乳腺排泄管上皮細胞ノ異型增生ヲ示ス者タリ、メルケンス（一九〇二年）ハ此等排泄管上皮細胞ノ增生ヲ以テ同時ニ存スル癌腫ノ發生ニ關係アリトナシ、兩者ヲ別視セザル如シ、偖テ余ノ例ヲ如何ニ解ス可キカ、

余ハ鏡下所見ニ於テ兩者ノ移行像ニ遭遇セザルノミナラズ兩者ノ境界ハ鋭利ナリ、然カモ其各腫瘍細胞ノ性格ハ現在ニ於テ甚ダ徑庭アルハ已ニ反覆叙述シタル如ク然リ、

而シテ唯一ノ注意ス可キハ癌變性ノ進行スルニ於テハ余ノ第二腫瘍ニ記シタル如キ性格ヲ具フル細胞モ一層其增殖力ヲ逞ウスルト同時ニ形態ニ變化ヲ來タシ其大サヲ減ジ、多角形ト成リ得ルコトナリトス、

余ノ第二腫瘍ニ於ケルガ如キ乳腺大―中等大排泄管上皮細胞ノ異型的增生ハ、同時ニ存スル約同大ノ眞正癌結節ヲ除ク他部乳腺組織ニ於テ、畧ボ平等ニ之レヲ目擊ス可ク間質結締織ノ變化亦一樣ナリ、換言スレバ第二腫瘍ハ本來結節狀竈狀ヲナサヾルナリ、

而シテ上段所說セシ如ク之レヲ以テ反應性增殖ト認ムル能ハザル以上、寧ロ第一

向ツテ細胞ノ增殖セルヲ徵スルニ足ル可シ、更ニ肉眼的小豆大尙以上ノ目睹シ得ベキ同性狀ノ細胞群團アリ、總テ此等細胞ハ核大ニシテ二三核小體ヲ具ヘ間接核分剖像ヲ呈シ又頗ル原形質ニ富ミ强ク「エオジン」ニ染ム等ノ性格ヲ有シ之レヲ普通乳腺排泄管上皮細胞ニ比シテ已ニ異型的ナリトス、而シテ如上ノ增殖力ヲ有スルヲ示スニ徵シ、亦其年齡(四十六歲)ニ考フルモ單ニ之レヲ老女ニ於ケル生理的狀況ニ在ル者ナリト信セントスルモ能ハザル所ナリ、故ニ余ハ是レヲ以テ乳腺大—中等大排泄管上皮細胞ノ異型的增生ヲ營ム者ニシテ、尠ナクモ上皮性腫瘍新生ノ初期ニ在ル者ナリト思惟ス、將タ又之レヲ以テボルストノ所謂反應性增殖或ハ所謂吻合(側方)性增生ト認メサルハ、第一腫瘍トノ區劃徐リニ著明ニシテ上位ニ在ル第二腫瘍、—腺腫性癌トモ謂フ可キ—上皮細胞增生ハ殆ンド第一腫瘍ト相關セザルノ狀アルヲ以テ反應性若シクハ側方性增生ノ形容詞ヲ强ユルヿ能ハザルヤ勿論ナリ、

(第三) 第一及第二腫瘍ハ其發生源ヲ同フスルヤ否ヤ是レ最モ興味アル點ナリ、

同一乳腺內ニ於テ癌腫ノ傍ラ結締織系ノ腫瘍ト併存セル者ノ報告鮮ナシトセズ又モレスチン、ゲーディング等定型的扁平上皮細胞癌ト固有ノ腺細胞癌ノ並ビ存

——同一乳腺內ニ二種ノ上皮細胞性腫瘍ヲ發生シタル一例——

者ナレヘ同時ニ存スル腺細胞癌ノ細胞ニ比シ一見著明ナル性格ノ差異ヲ示ス即チ各發生源ヲ同フスル同腺内兩腫瘍ノ一ハ癌腫ニ變ジ他ハ向ホ違型增生ノ時期ニ在ルナリ

余ハ玆ニ稿ヲ終ルニ臨ミ恩師山極博士ノ懇篤ナル指導ヲ深謝ス

Literatur :

Lücke u. A., Lubarsch's Ergebniss d. all. Path. u. path. Anat. d. Menschen u. Tiere, BD III_2 S. 303.;

Schinzinger u. Michel, Centralbl. f. all. Path. u. path. Anat., 1906, S. 459.;

Tietze, Epithelveränderungen in d. senilen weiblichen Mamma, Berlin. klin. Wochenschr. 1904. No. 40.;

Ginnard, Berlin. klin. Wochenschr. 1904.;

Edwald, Zwei Fälle v. Cystoadenoma mammae. Berlin. klin. Wochenschr. 1904. No 30;

山極氏, 腫瘍ノ組織發生ニ就テ, 東京醫學會雜誌第九卷;

山極氏, 病理總論講義.

Ribbert, seine Geschwulstlehre.;

腫瘍モ其發生ノ當初ニ於テ、或ハ第二腫瘍ノ狀態ニ在リ、或ハ上記狀態ニ在リシ局所ノ輸乳管上皮細胞ヨリ第一腫瘍ノ發生セリト見ルヲ以テ穩當ナリトセン、茲ニ於テカ余ハ本例ノ如キ一回モ妊娠セシコトナキ婦人乳腺ニ於テハ、何回モ腺ヲ新生シテハ分泌機能ヲ營ム可キ遺傳性ヲ有スル腺細胞即チ旺盛ナル增殖力ヲ有スル腺細胞ガ、終ニ一回モ其增殖力ヲ試用スル機會ニ遭遇セズ鬱勃タル「エチルギー」ハ殆ンド輸乳管ヨリ以上ニ發育セザリシモ管壁上皮ヲシテ、到ル所大―中等大輸乳管ニ生理的以上ノ違型的發育ヲ示サシメ、更ラニ一方第二腫瘍ヲ現出スルト共ニ、一局部ニ於テハ上皮細胞ノ違型的增生(未知ノ原因ニ因リテ)特ニ劇甚ナルガ爲メ限局セル腺細胞癌(第一腫瘍)ヲ發生セルモノトシテ、余ハ本例乳腺兩腫瘍發生ノ主因ヲ乳腺上皮ガ生理的ノ發育ヲ遂ゲザリシ爲メニ存スル增殖力ノ蓄積(素因)ニ歸シ一部ニ於テ終ニ癌腫性增生ニ變ジタル者ト解釋セント欲ス、

結論

一　本例ハ右側乳腺內ニ腺細胞癌ノ一結節ヲ具フルノ傍ラ、更ラニ一般乳腺排泄管上皮細胞ノ違型的增殖ヲ伴フ、

二　乳腺排泄管上皮細胞ノ增生ハ、已ニ腺腫性ニシテ癌變性ノ初期ト認メ得ベキ

――同一乳腺內ニ二種ノ上皮細胞性腫瘍ヲ發生シタル一例――

本例亦扁平上皮癌ニ於ケル自然的治癒現象ノ甚ダ示說的ナル一例證トスルニ堪ヘタル像ヲ呈シタルヲ以テ茲ニソノ組織的調査成績ヲ報告スルコト、セリ、

○實驗例　關谷某男　四十四歲

病歷

（遺傳）―父ハ三十五歲ニテ「マラリヤ」樣ノ病ニテ死シ母ハ尙健在ス兄弟五人中一人ハ九歲ノ時不明ノ病氣ニテ斃レタリ他ノ四人ハ皆健、患者ハ幼時ヨリ左側鼠蹊部「ヘルニア」ヲ患フ。

（現症）明治三十七年左側鼠蹊輪ノ上壁陰毛部內ニ豌豆大ノ硬キ腫瘍ヲ認メタリ該腫瘍ハ皮下ニアリテ皮膚トノ癒着ナク移動ス且ツ腫瘍上面ヲ被ヘル皮膚ハ毫モ異狀ヲ呈セズ該部痛感アリ指壓ニヨリテ增劇ス三十九年十二月頃ヨリ腫瘍ヲ被ヘル皮膚ハ變色シテ暗紫色ヲ呈シ痛感亦甚シ四十年二月變色部ノ一部ニ潰瘍面ヲ生シ漿液ヲ分泌ス四十年五月基底部ヨリ截取ス四十一年三月十二日迄ハ再發ト見做ス可キ兆候ナク淋巴腺腫ヲモ認メス。

（以上ハ余ニ本腫瘍材料ヲ給セラレタル森虎一君ヨリ知リ得タル所ナリ）

○腫瘍ノ肉眼的性狀

（「アルコール」固定標本ニ就テ）周圍皮膚面ト連續セル儘基底部ヨリ剔出セラレタル腫瘍ハ殆ド小雞卵大ニシテ腫瘍表面ハ蠶豆大ヨリ粟粒大ニ至ル大小種々ナル球狀ノ隆起ニヨリ著シク凹凸ヲ顯ハシ隆起部ノ大小、ニヨリ其ノ間ニ深淺種々ナル裂溝ヲ形成シ不規則ナル乳嘴狀ヲ呈ス表面一般ニ汚穢帶黃褐色ヲ呈スレモ表

Borst, Ueber atypische Epithelwucherung u. Krebs. 1904;
Merkens, Zur Krebsfrage, Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1902. BD. 66;
Ziegler, Lehrbuch, d. all. path. u. path Anat. 1905;
E. Coen, Beitrag Zur normal. u. path. Anat. d. Milchdrüsen. Ziegler's Beiträge BD. 2. 1888;
德岡氏, 「癌」第二年第一冊.

○部分的自然治癒現象ヲ示セル扁平上表癌ノ一例

(Ein Fall von Cancroid mit einem partiellen spontanen Heilungs-Vorgang.)

東京醫科大學病理學教室ニ於テ
醫學士 木村敬義

上皮細胞腫殊ニ扁平上皮細胞癌ニ於テ或ル要約ノ下ニ部分的或ハ全部自然的治癒ノ行ハレ得ルコハ既ニデチツケ、フランケ、ペツヘル、レヲポルド、シユツツ乃至ヲルト等ノ諸學者ノ觀察考究ノ結果ソノ可能的ナルヲ承認セラレタリ、

——同一乳腺内ニ二種ノ上皮細胞性腫瘍ヲ發生シタル一例——

鏡檢ニ資センガ爲メ腫瘍ノ第一割面幷ニ第二割面ヨリ各々其割面ニ平行セル四個ノ組織板ヲ截リ取リ法ノ如ク奪水シ「チエロイジン」ニ包埋シ薄葉切片ヲ造リ「ヘマトキシリン」、「エヲヂン」重染法ヴワンギーソン氏染色法幷ニワイゲルト氏彈力纖維染色法ヲ適用セリ。

第一切片

第一割面ノ一半ニ一致ス可キ組織片ヨリ製作セルモノニシテ上半面一般ニ紫色ニ染ミ二三ケ所表面ニ向ツテ稍膨起シ同質樣濃赤色ノ斑點ト種々ノ厚徑ヲ有スル結締織梁ヲ認ム下半面ハ同ク淡赤染セル緻密ナル造構ヲ示シ幾分網工狀ヲ呈シ「ヘマトキシリン」ニテ濃染セル物質ヲ收ム上半ト下半トノ移行ハ分明ナラズ。

鏡下ニ之ヲ檢スレバ切片上邊ハ僅カニ一側ニ近ク健康上皮ヲ殘シ他ハ一體ニ纖維素性物質壞死樣物質ヲ以テ被蓋セラレ腫瘍表面ニ隆起セル結節間ニ一致ス可キ二三裂溝ニ沿フテモ同樣ノ物質幷角質ヲ認ム而メ切片上半分濃紫色ニ染メル部分ハ表面ヨリ皮下組織ニ向ヒ增殖シ來レル外表皮細胞群ニシテ廣狹種々ナル細胞索ヲ作リ殆ド邊緣ニ對シ垂直ニ進入スルモノト又不規則ニ分芽狀樹枝狀ヲナシ或ハ網狀ニ連結シ大小種々ナル圓形又ハ細長ナル上皮胞巢ヲ構成ス。

面拇指頭大ノ一部分稍凹ミ汚穢赤褐色ノ凝固物質ノ附着セル所ハ潰瘍面ニ一致スル所ナリ外側ノ腫瘍基底ニ近キ健側ヘ移行部ノ表面ニハ特別ノ隆起ナク割合ニ平坦ニシテ普通皮膚面ト異ナラズ此邊散在性ニ十數本ノ硬毛ヲ存ス腫瘍ハ平等ニ硬固ナリ。

今腫瘍ノ略中央ヲ基底ヨリ表面ニ向ヒ施サレタル割面ヲ見ルニ署横卵形ニシテ表面周緣ハ乳嘴狀ノ凹凸ニ相當セル表皮索ノ進入ヲ示ス割面上半ハ腫瘍實質ニ富ミ黃色ヲ帶ビ下半ハ帶黃褐色ヲ呈セル强靱ナル結締組織ニシテ腫瘍ノ基礎ヲ構成シ上方實質ニ向ツテ二三突起ヲ出シ後者ハ割面邊緣ニ沿フテ兩側ヨリ上方實質ヲ抱圍ス。

而シテ腫瘍實質ハ一般ニ脆弱ニシテ粘着力ニ乏シク指頭ヲ觸ルレバ容易ニ破壞スルヿヲ得ルナリ實質中米粒大ニ至ル大小種々ノ灰白色物質ヲ收ム。

次ニ第一割面ニ垂直ニ交叉セル同ク皮膚表面ヨリ基底ニ向フ縱斷割面ハ稍圓形ニ近ク玆ニモ上半分ハ實質多ク下半ハ結締織基礎ヲ作リ實質中白墨樣物質ヲ存スルヿ幷ニ間質ト實質トノ關係等前割面ト大同小異ナリ。

○顯微鏡的檢査

腫瘍基底部ヨリ扇骨様ニ腫瘍中ニ進入セシ結締織織維ハ胞巣ノ分岐吻合ニ追隨シテ其間質ヲ構成セルモノナルガ上方小ナル胞巣ニ接スル間質ハ微弱ニシテ結締織織維ハ一般ニ鬆粗トナリ著シク充血セル小血管乃至毛細管幷ニ腫瘍細胞ヨリモ遙カニ小ナル圓形細胞ノ浸潤多核白血球ノ遊走ヲ示シ殊ニ表面糜爛性潰瘍ニ陷レル部分ニ相當セル間質内多數ニ多核白血球ノ存在ヲ見ル可シ。

大ナル角化胞巣ノ存スル深層ニ於ケル間質殊ニ上半實質ニ富メル部分ガ下半腫瘍ノ基礎ヲナセル頑強ナル組織ニ接スル所ニ於テハ著シキ小圓形細胞浸潤、エヲジン顆粒細胞、白血球、紡錘形細胞ト多數小血管ヲ含メル肉芽様組織ヲ作リ上邊ヨリ進入セル細胞索ハ此所ニ於テ急ニ發育進行ヲ阻害セラルヽノ觀ヲ呈ス。

此ノ肉芽様組織中ニハ縁層ニ有核表皮細胞ヲ有セザル角質ノ破片ト多數ノ多核巨態細胞トノ群集ヲ見ル該巨態細胞核ハ小卵圓形ニシテ割合ニ濃染スルモノト淡染セルモノトアリテ核小體亦不明ニシテ周圍肉芽細胞ノソレト類似スル而シテ核ノ排列ハ細胞體内ニ多數廣汎性ニ存スルモノ又ハ稍ラングハンス型ニ排列スルモノアリ細胞體自己ハ同質様ニシテ或ルモノハ小胞腔又ハ紡錘形ノ小ナル角化細胞ヲ包有セルモノアリ細胞形狀ハ不正ニシテ周圍組織トノ境界甚不明ナル

胞巢ヲ構成セル腫瘍細胞ハ胞巢ノ大小ニヨリ多少排列ヲ異ニス外層ニ位スル細胞ハ概シテ原形質ニ乏シク核ハ圓形又ハ卵圓形ニシテ「ヘマトキシリン」色素ニテ濃染シ生理的上皮ノ胚細胞ニ該當ス可キモノナルモ後者ニ比シテ細胞體幷ニ核ハ遙カニ小形ニシテ周圍間質ト觸接セル層ニ於テモ善ク扁平上皮細胞癌ニ見ル如キ長圓形細胞列ヲナサズ不規則ニ排列シ又惡性ノ標徴タル多極又ハ不對性核分剖ハ勿論概シテ間接分剖像等ヲ認メズ。

此數列ヲ距テ、胞巢中心部ニ近ク磚狀細胞層ヲ存シ最中央ニハ不正ノ核ヲ有スル扁平紡錘形細胞ノ一二列ニテ繞マレタル角化層及ビ癌珠ヲ入ル。

斯クノ如キ定型的胞巢ノ外癌珠及角化層ヲ缺キ數列ノ外胚細胞層、僅カニ數個ノ內磚狀細胞ノミヨリナルモノ或ハ磚狀細胞サヘモナク胞巢全部ガ小ナル胚細胞ノミヨリナルモノ等種々ノ移行像ヲ認ム反之大ナル胞巢ニアリテハ大部角化シテ細胞核既ニ不明トナリ周圍ノ一部ノミ、尙胞狀ノ核ヲ有スル磚狀細胞又ハ胚細胞ニテ圍繞セラル、モノアリ而シテ之レ等磚狀細胞層以內角質層ニ亘リ多數ノ多核多形核白血球ノ浸潤ヲ示シ角質ノ一部粘液樣ニ變化シ又纖維狀ニ分裂シ又ハ大小間隙ヲ生ジ頗ル不正ノ形狀トナリ一部ニ石灰沈着ヲ見ル。

然レドモ細胞内封入物ハ證明スルヿ能ハズ。

此ノ外基底結締織及血管周圍ニ多數ノ小圓形細胞浸潤又ハ集簇ト少數ノ多形多核白血球ヲ認メ血管内壁多少肥厚ス。

腫瘍基底部邊緣ヲ被ヘル上皮細胞亦稍肥厚シ基底細胞層ハ皮下組織ニ對シテ不正波狀ヲ呈スレドモ此レトノ境界明瞭ナルノミナラズ各層細胞亦生理的性狀ヲ脫セズ只上方深ク胞索トシテ侵入セル部分トノ境界ニアリテハ皮下組織ト共ニ多少側方ニ壓迫ヲ受ケヲレリ

第二切片

第一割面ノ一半ニ相當スル組織片ヨリ製作セルモノニシテ肉眼的ニハ第一切片ト大差ナシ之ヲ鏡檢スルニ表面ノ性質亦第一切片ト異ナラズト雖モ潰瘍面ハ此レヨリモ一層深クシテ皮下結締織ノ一部ハ露出セラレヲリテ小圓形細胞多核多形白血球ノ高度ナル浸潤ノ外非常ナル充血ヲ示シ赤血球ノ組織内浸潤ヲモ認ム可シ而シテ實質幷ニ間質ノ性狀及ビ相互ノ關係癌組織ノ基礎組織ニ對スル狀態等ハ全ク前切片ト同樣ナリ。

肉芽樣組織内割合ニ大ナル角質ガ周圍尙角化セザル磚狀細胞ト胚細胞ノ數層ヲ

モノ及稍圓形ヲ呈セルモノ又ハ菱形ナルモノアリ之ト稍隔リテ肉芽組織内ニ核ヲ有セザル角化細胞ノ孤獨ニ存在スルモノアリ又他ノ標本ニハ該位置ニ於テ輪狀ノ石灰化セル角質ニ近ク同性質ノ圓形ナル多核巨態細胞ヲ認ム。

而シテ此ノ肉芽樣組織ハ腫瘍基底部ニ近クニ隨ヒ漸次細胞數ヲ減ジ强剛ナル結締織組織ニ變ズソノ纖維束間大小種々ナル不正形ナル角質ヲ收メ中央部石灰沈着ヲ來セルモノハ「ヘマトキシリン」色素ニテ濃染シ恰モ「アクチノミコーゼ」ノ「ドルーゼ」ノ如キ美觀ヲ呈ス之等角質周圍ニハ既ニ弱鏡下ニ於テ多核巨態細胞ヲ認ムソノ核ハ圓形又ハ卵圓形ニシテ核小體不明ナリ又割合ニ核小體ノ明瞭ナルモノト雖モ上皮細胞核ノ如ク胞狀ナラズ色素ニテ濃染シ細胞體中央部又ハ極部ニ偏シテ蝟集スレドモラングハンス型排列ヲ示スモノナシ之レ等細胞形狀ハ星芒形、紡錘形又ハ菱形ニシテ原形質突起ヲ角質内ニ侵入セシムルモノ突起間ニ角質ノ一部ヲ抱圍スルモノアリ又角質ガ巨態細胞ト幼弱結締織細胞列ニヨリテ侵蝕セラレヲルモノヲ認ム此等角質ト結締織纖維束トノ間ニハ僅カノ紡錘形細胞ト小圓形細胞トヲ存スヴソンギーソン染色法ニヨル切片ニ於テハ巨態細胞ト周圍組織トノ移行ハ甚ダ親密ナルモノアレモ角質トノ間ニハ色別ノ著明ナルモノアリ

色ニ染マレル部分ハ畧ボ圓形ヲ呈ス下半腫瘍基礎ヲ構成セル結締織ハ下方外側ヨリ腫瘍組織ヲ抱圍シ二者ノ間ニ裂隙ヲ生ジ境界稍確然タルヲ見ル基底ヨリ此處マデノ外表ヲ被ヘル上皮細胞層ハ稍肥厚セルノミニシテ肉眼上顯微鏡下共ニ生理的狀態ヲ保チツヽ上記裂隙ニ沿ヒテ稍深クマデ折轉進入ス而シテ切片內側上方ノ表面ハ纖維素性物質壞死樣物質幷ニ凝固物ヲ以テ被蓋セラル其外實質及間質ノ性狀相互ノ關係幷ニ基礎組織ニ對スル狀態等ハ第一及第二切片ト同一ナレヒ移行層ニ於ケル肉芽樣組織增殖ノ程度ハ遙カニ著シク且ツ廣延セリ。

此肉芽組織ガ基礎組織ニ移ル邊多數ノ大小角質ノ集團セルモノアリ角質中央部亦已ニ石灰沈着ヲ來タシ角質周圍ニ多數ノ多核巨態細胞ヲ認ムソノ細胞ノ形狀核ノ性狀排列等ハ第一切片ノ當該部ニ於テ見タルモノト相似ス而シテ此巨態細胞ハ角質周緣ニ附着シ又ハ角質ノ多少隙窩樣ニ彎入セル所ニ進入シ原形質突起ヲ角質中ニ送リ遂ニハ他側邊緣ニ達シ角質ヲ碎破スルモノ等種々ノ像ヲ示ス角質內空洞ヲ生ジ內ニ數個ノ巨態細胞ノ存スルモノヲ多數ノ切片ニヨリ鏡下ニ追究スレバ元來角質一方ノ周邊部ヨリ侵入セルモノナルコヲ確定シ得タリ大ナル角質周圍ニハ巨態細胞、肉芽組織共ニ多量ニ存スレヒ小ナルモノニアリテハ一二

有シ只一部ノミ肉芽組織ト直接セルモノヲ見ル此側ニ於テハ第一切片中強剛ナル結締織ニテ圍マレシ角質周圍ニ於テ見タルト同性質ナル二三巨態細胞ヲ存シ角質中ニ原形質突起ヲ進入セシメヲル像ヲ證明スルモ未角化細胞層ヲ有スル他側ニアリテハ斯クノ如キ巨態細胞ヲ見出サヾレドモ肉芽細胞性紡錘形幼弱結締織細胞ノ數列ガ實質細胞間ニ侵入セルモノヲ認ム。

其ノ他稍上方ニ圓形ニ近キ空胞ヲ有スル數多ノ多核巨態細胞ガ核ヲ失ヘル紡錘形顆粒細胞及多數ノ赤血球ト混在セル所ヲ目撃ス可シ而シテ此巨態細胞ノ核ハ畧ボ前同樣ナレモ善染セルモノト否ラザルモノトノ二種アリ。

又上方癌組織ト腫瘍基底組織トノ中間ニハ稍强靱ナル結締織ト少量ノ肉芽組織ニテ圍繞セラレヲル少數ノ角質ヲ存シ三角形或ハ菱形ヲ呈セル數個ノ多核巨態細胞ガ之レニ接觸シ短キ原形質突起ヲ角質中ニ入レ又ハ之レヲ抱圍スルモノ或ハ單ニ角質ニ接スルノミノモノアリ細胞核ハ卵圓形ニシテ善染シ胞狀ナラズ多クハ不規則ニ排列ス。

第三切片

第二割面ノ一半ニ一致ス可キ組織片ヨリ得タルモノニシテ上半實質ノ存スル紫

片ヨリモ多量ニ存在シ石灰沈着ガ平等ナラズシテ角質隙窩周圍ニ初マルモノハ恰モ軟骨内化骨現象ニ類セル像ヲ示スモノアリ。

○考　按

以上肉眼的幷ニ顯微鏡的所見ニ據リ本例腫瘍ハ表面ノ一部ニ潰瘍面ヲ有スル乳嘴狀扁平上皮癌ナルコヲ知ルベシ而シテ予ハ其ノ腫瘍實質ト基底結締織トノ間ニ實質ノ角化セル者ガ頻リニ巨態細胞ノ圍繞スル所トナル者アルニ遭遇セリ以テ本腫瘍部分的治癒現象ト認スベキカ。

抑モ腫瘍ノ自然的治癒現象トシテ從來擧ゲラレシモノハ腫瘍細胞發育進行他組織内侵入ガ純器械的ニ組織抵抗ノタメニ阻害セラレ細胞新生機能ノ停止スルコ(マナツセ)或ハ癌細胞周圍ニ細胞浸潤ヲ來シ新生結締織ニテ包被セラレ(ヲルト)或ハ異物治癒ノ場合ニ見ルガ如ク癌組織内ニ異物性巨態細胞ヲ生ジ癌組織ヲ破壞シ結締織ニヨリテ補充ス(ベツヘル)ルコ、或ハ巨態細胞ノ作用ヲ俟タズシテ肉芽組織ノミニテ破壞幷ニ吸收作用ヲ營ミ結締織ニテ塡充スル(エル、シユワルツ)所謂癌組織ノ組織化ヲ意味ス(ベツヘル、シユワルツ、ヲルト)等ナリトス。

然ラバ余ガ本例ニ於テ見タル夫ノ角化物質ノ巨態細胞—肉芽組織ニテ圍マレタ

ノ巨態細胞ト少量ノ紡錘形幼弱結締織細胞ニテ圍マレ外方ニ強剛ナル結締織層アリ。

殊ニ此種切片ニ於テ注意スベキハ弱鏡下ニ於テ一ツノ稍大ナル半月形ノ角質ト二三ノ小破片トガ巨態細胞ノ多數ト共ニ太キ結締織纖維ニテ卵圓形ニ包被セラレ角質幷ニ各巨態細胞間ハ更ニ一層微弱ナル纖維ニヨリ隔離サレヲル所ニアリ一見スルニ元來一ツノ大ナル腫瘍實質タリシモノガ角化シ巨態細胞ト結締織トニヨリ數個ニ區分サレシモノニアラザルカヲ想ハシム此場所ヲ強廓大ニテ窺フニ大ナル角質ハ尚僅カノ幼弱結締織細胞ニ圍マレ之レニ接スル巨態細胞ハ突起ヲ其中ニ侵入セシメ又他ノ微細ナル纖維ニヨリ隔離サレタル巨態細胞内ニハ二三顆粒細胞ヲ封入ス此顆粒細胞ハ亦巨態細胞外ニモ個々散在スルヲ見ル。

第四切片

第二割面中他ノ一半ニ一致スル組織片ヨリ得タルモノニシテ腫瘍基礎ヲ作レル結締組織ハ下方内側ニ於テ切片ノ四分ノ一部ヲ占ムルノミナレドモ其他ノ關係ハ前同樣ナリ癌實質及間質ノ性狀相互ノ關係ハ最モ第二切片ニ一致ス巨態細胞幷ニ角質及肉芽組織ニ對スル所見モ第二切片ト畧ホ相似タリ大ナル角質ハ他ノ切

ッ破壊及喰細胞性ナルヲ證明スルヿヲ得ベシ其ノ角化質緣窩狀隙ニ於ケル者ノ如キハ實ニ骨髓ノホウシツブ氏窩内喰骨細胞ニ彷彿タル者アリ即チ角化セル癌細胞ニ對スル異物性ノモノナラザル可カラズ何トナレバ巨態細胞ヲ附着セル角質ハ直チニ間質纖維又ハ肉芽樣組織ニ接シ核ヲ有スル細胞緣ヲ示サズ故ニマナツセガ云フ如ク有核癌細胞ガ異物性巨態細胞タルヲ得ルトシテモ本例ニ於テハ立證スルヿ能ハズ。

次ニ巨態細胞ト周圍組織トノ關係如何ヲ觀察スルニ該細胞ノ附着セル角質ノ周圍ハ多少ニ拘ハラズ肉芽樣組織ヲ存シ次ニ結締織ニ移行スルモノニ似タリ而シテ巨態細胞原形質突起ガ角質内ニ侵入シ之レヲ破碎シ周圍ノ肉芽細胞又ハ幼弱結締織細胞列ハ此ノ巨態細胞ニ追隨セル像ヲ呈シ恰モ巨態細胞ガ肉芽組織ノ角質内侵入ノ先導者トナリ角質—巨態細胞—肉芽—結締織ナル順序ニ排列ス而シテ破壞サレタル角質小破片ハ周圍組織内ニ巨態細胞ト相混ジテ散在シ或ハ破片ト云ハンヨリハ寧ロ角質ヲ搆成セシ個々ノ角化細胞ガ孤獨的ニ肉芽組織ニ存スル所アリ此邊ニアリテハ原形質突起ヲ有セザル稍圓形ニ近キ巨態細胞ヲ認ム。之ニ由リテ之ヲ觀レバ最初實性癌實質タリシ角質ハ巨態細胞ノ破壞作用ト吸收

ル像ハ同ク之レヲ癌治癒現象トシテ視ベキカ。

蓋シ上皮細胞腫ニ於ケル多核巨態細胞生成ニ就キテハベツヘル氏扁平上皮癌ノ四例ニ就キ綿密ナル觀察研究ヲ爲セル結果。角質又ハ硝子樣物質ニ起因セル異物性巨態細胞ナルコヲ確定シペーテルゼン、ルバルシユ、亦癌腫ニ於ケル巨態細胞ハ異物性ノモノナリト云フ點ニ於テ一致セリ而ノソノ發生ニ就キテハ結締織性上皮細胞性、內被細胞性又ハ白血球性等ニメ單細胞性或ハ多細胞性ニ生スト云フペーテルゼンハ結締織細胞性巨態細胞ノミガ喰細胞性ヲ有シ破壞作用ト同時ニ吸收作用ヲ具備シ癌腫ノ自然治癒ヲ來スト說キベツヘル、シユワルツハ之レニ反シ扁平上皮癌或ハ「アテロームJ基礎ニ生セシ上皮細胞腫ニ於ケル所見ヨリ上皮細胞性巨態細胞亦同樣ノ作用ヲ有スルモノナルコヲ確信セリ。

扱本例ニ於ケル巨態細胞ハ如何ニ既ニ鏡下所見ニ詳ニセシ如ク角質ト觸接セル巨態細胞ハ長短種々ナル原形質突起ニヨリテ角質ノ一部ヲ抱圍シ又ハ其ノ間隙ニ侵入シ又ハ全ク角質ガ碎破セラレテ其量ヲ減ズル等種々ノ移行像ヲ示スノミナラズ細胞體內封入物トシテ角質ヲ攝成セル角化細胞ト全ク同性質ナル物質ヲ收ムル等即チ角質ニ對スル位置幷ニ體內封入物ニヨリテ正シク自動的ニシテ且

ルニ關セズ角化セザル癌細胞モ盛ニ增殖セル肉芽組織乃至巨態細胞ニヨリテ組織化セラルヽヤ否ハ之レヲ斷言ス可ク適當ナル所見ニ接セズ。

而メ本例ニ於テ肉芽乃至結締組織巨態細胞ニヨリ組織化セラレツヽアル癌實質ハ既ニ大部又ハ全部退行的變化ヲ受ケ角化又ハ石灰沈着ヲ來シヲリ已ニ進襲作用ノ消滅セル者ナルヿ明ナリ然レバ則チ兎ニ角自然治癒狀態ノ腫瘍中央部ナラザル發育方面即基底部ニ於テ目擊セラルヽヿハ爭フベカラズ獨リ如是腫瘍發育方面ニ於テ角化—老癈退行現象ノ一般ニ行ハルヽ者ハ已ニチーレル、リツベルトノ論爭ニ上リシ如ク實質細胞ノ生活力(Vitalität)ノ原發性減衰ニ在ルカ將タ基礎組織ノ抗抵力强キニ歸スベキヤ一概ニ論斷シ難シト雖モ凡ソ癌ノ發育進行方面ニ於テ組織粘液樣鬆疎ナルヿ多キニ鑑ミルトキハ其所謂「カルチノトクシン」ノ働ニ由ルヤ否ハ別問題トスルモ本例ニ於テ基礎部强剛ナル結締織ノ發生ハ即チ抵抗强キ肉芽組織ノ新生ニ須ツ者トシテ癌ノ增殖力ニ對シ結締織反應ノ方旺盛ナル者ト解釋シテ可ナランカ。

然リ本例ニ於テハ癌ノ發育ハ非常ニ徐々ナリシ爲メ胞巢周緣ノ細胞ハ未ダ增殖シテ周圍結締織ヲ突破シ能ハザルニ癌細胞ノ角化作用ハ胞巢周緣ニ達シ細胞亦

作用ニヨリ小間隙ヲ生シ肉芽組織乃至結締組織ニヨリテ全ク補充又ハ被蓋セラルヽモノニメベツヘルノ唱フル癌實質自然的組織化現象ニ一致スルモノナリ。而シテベツヘルハ此作用ヲ說明スルニ巨態細胞ヲ主トシタルモノナルガシユワルツ氏ハ癌腫中巨態細胞出現ハ實際治癒現象ニ對シ直接關係ナク癌細胞ノ新生機能脫失ノ運ニ傾クヤ始メテ之ノ角化セルモノヲ運搬シ去ル既ニ現ハレタル治癒機能ヲ促ガスニ過ギズ即チ治癒ノ結果ノ一部ニ外ナラズト說キペーテルゼンハ體組織自己ニ癌細胞ニ對スル保護物質ヲ存シ其ノ媒介者タルニ過ギズト云ヒレヲポルト、シユワルツ亦彼ノ實驗例ニ於テ角質ノ吸收作用ヲ巨態細胞ノミニ歸スル必要ナク肉芽組織ニモ此作用ヲ承認セリ本例第二切片ニ於テモ大ナル角質周圍ニ尙未化角細胞層ヲ有スル癌胞巢ガ肉芽組織ニ接シ其間ノ境界甚明瞭ナラズ肉芽細胞列ハ癌細胞間隙ニ侵入スル所アリテ其附近ニハ該細胞ト同樣ナル細胞ガ孤獨性ニ或ハ三四群集シテ散在シ巨態細胞ハ此處ニ證明サレズマルシヤン及ブュングネルハ實驗上容易ニ同化サレ得ル異物ガ組織內ニアルモ其吸收ニ對シ該組織ノ蒙ムル抵抗ハ僅少ナレバ白血球又ハ幼弱結締織細胞ノミニテ充分同化シ得テ巨態細胞ハ顯ハレズト考察セリ唯本例ニ於テ巨態細胞ヲ須チ或ハ否ラザ

ハズ。

○全成績ノ摘要

(第一)本例腫瘍ハ乳嘴狀扁平上皮癌ニシテ強剛ナル結締組織之ガ基礎ヲナセシ爲メ違型的ニ深ク浸潤性生長ヲナス能ハズ腫瘍實質ノ發育ハ爲メニ極メテ緩慢ナリシ結果終ニ部分的治癒ヲ示セリ。

(第二)蓋慢性的成長發育ヲ遂ゲシ結果癌胞巢ヲ構成セル細胞ノ稍深層ニアルモノニ於テハ角化現象ガ殆ド胞巢邊緣ニ達シ角質ハ周圍間質組織ト直接スルニ至リ永ク刺擊トナリ異物性巨態細胞ヲ生セシメタルヿ。

(第三)此等角質ノ周邊ニ生ジタル異物性巨態細胞ハ異物タル角質ニ對シテ破壞作用ト吸收作用ヲ營ミ終ニ肉芽組織乃至結締組織ヲ以テ補充シ所謂癌腫部分的自然治癒ヲ將來セシモノナルヿ。

(第四)而シテ此自然的治癒現象ヲ來タセシ本來ノ動機ハ癌ノ發生緩慢ナル爲メ結締織反應性ノ次第ニ亢進セシメラレタルニ存シ隨ッテ抗抵强キ肉芽組織ヲ生ジ癌ノ發育益々微弱トナリ角化到ル所ニ現ハレ終ニ異物性巨態細胞ヲモ生ズルニ到レルナリ。

老廃シ發育機能ヲ失ヘルト同時ニ角質ハ更ニ異物トシテ刺撃トナリ結締織細胞增殖ヲ催シタルモノニテ癌實質ノ良性即チ緩徐ナル發育性能ハ周圍結締織ノ反應性ヲ次第ニ亢進セシメ終ニ肉芽組織、巨態細胞ノ成立癌實質ノ組織化ヲ見ルヲ致セシ者ト謂ツ可シ。

終ニ尙巨態細胞ノ發生ニ關シ一言セント欲ス今角質ニ觸接セル巨態細胞ヲ見ルニ形狀種々ナレドモ多少突起ヲ有シ核ハ卵圓形ニシテ直接分裂像ナク大小畧ボ同一ナリ細胞體内不規則ニ排列シ或ハ一極ニ偏シ或ハ中央部ニ蝟集シ色素ニテ濃染シ周圍ノ結締織細胞ノソレニ似テ割合ニ胞狀ナラズ細胞體自己ハ殆ド同質様ナレモアル者ハ角質ト反對側ニ於テ幼弱結締細胞ト連續スル如ク見ユルモノアリ大抵角質ノ隙窩狀ヲナセル部分ニ存在シ角質周圍ニ未角化癌細胞緣ヲ認メズ之等所見ヨリシテ凡ソ結締織細胞ノ融合ニヨリテ生セシモノナルヿ疑ナカルベシ外ニ少數ノ角質ニ觸接シテ肉芽組織中ニ存スル巨態細胞アリ之レハ何レモ皆稍圓形ニシテ細胞核ハ前記巨態細胞ノソレト畧ホ同一ナレトモラングハンス型ヲ示セルモノ或ハ中心部ニ存スル核ハ色素ニテ濃染セス細胞體内ニ三ノ空胞ヲ認ムルモノアリ此種ノ巨態細胞ハ何レノ種類ニ屬セシムベキカヲ決定スル能

Oscar Hasse: Zur Krebsheilung, Virch. Arch. Bd. 149;
Lubarsch: Riesenzellenbildung in Carcinom, Lubarsch-Ostertag, Ergebniss d. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie. 1903;
山極：病理總論講義，下，第七版．

○惡性「ジンチ、オーム」非上皮細胞腫論 (Syncytioma maligynum ist keine Epithelialgeschwulst)

—第六—第七圖板—

永樂病院「プロゼクトール」 大槻滿次郎述

緒言

所謂惡性脈絡膜上皮腫 (Marchand) ハ果シテ眞ノ上皮性腫瘍ナルヤ、エルフレンケル其他多クノ人ガ信ズル如ク脈絡膜癌乃至「ジンチ、ユム」癌トシテ、癌腫ノ一種ト看做スノ不可ナキヤニ就テ今日尙ホ多クノ異論アリ、一千八百八十九年ゼンゲルガ始メテ妊娠ノ影響ヲ受ケタル子宮粘膜ノ基質結締織細胞ヨリ發生スト做シ、是レニ脫落膜腫ナル名稱ヲ與ヘ之レヲ脫落膜細胞肉腫ト看做セルニ對シ、一千八

稿ヲ終ルニ臨ミ謹ンデ恩師山極教授ノ懇篤ナル指導ヲ謝ス

Literatur:

Leopold Schwarz: Ueber ein Epithelioma papillare, Virch. Arch. Bd. 175;

Becher: Ueber Riesenzellenbildung in Cancroide, Virch, Arch. Bd. 156;

Orth: Heilungsvorgänge an Epitheliom, Krebsforschung Bd. I 1904.;

Manasse: Ueber Granulationsgewebe mit Fremdkörperriesenzellen, Virch. Arch. Bd. 136;

Borst: Geschwülstlehre Bd. II;

Lubarsch: Allgem. Pathologie, Bd. I;

Petersen; Verkalkte Epitheliom, Beitr. z. klin. Chir. Bd. 34. 1902;

Ribbert; Allgem. pathalog. Anatomie 1905;

Marchand u. Büngner: Fremdkörpereinheilung (Ref), Lubarsch-Ostertag, Ergebniss d. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie. II Abt. 1903;

Krückman: Fremdkörperriesenzellen (Ref.), Cent.-bl. 1895;

Franchetti: Ueber die durch Fremdkörper erzeugte Riesenzellen, (Ref.), Cent.-bl. 1904;

Babes: Beobachtung über Riesenzellenbildung (Ref.), Cent.-bl. 1906;

腫(Pfannenstiel)—胎盤內被細胞腫(大槻—山極)

其他惡性「ジンチ、オーム」—脈絡膜腫—破壞性胎盤「ポリープ」等

余ハ曩ニ所謂脈絡膜上皮腫ノ前階級ヲ爲ス葡萄狀鬼胎又妊娠子宮ヲ實驗シ、其他妊娠及ビ產褥子宮胎盤部ノ組織的檢查ヲ施セルノ結果、マルシヤンノ脈絡膜上皮腫ナル名稱ハ發生學上甚ダ不穩當ニシテ、之レヲ胎盤內被細胞腫ト命名スルノ適當ナルヲ主張セルコアリ、然ルニ近頃山極博士ヨリ惡性脈絡膜上皮腫ノ一例ヲ惠與セラルヽアリ、更ニ亦タ自カラ破壞性鬼胎妊娠ニシテ兩肺ニ胎盤絨毛片ノ多數ガ轉移セル一例ヲ實驗シタレバ、再ビ這種腫瘍ハ果シテ上皮性腫瘍カ將タ又結締織腫瘍ニ屬セシムベキカ、癌及肉腫トノ關係如何ヲ研究セント試ミタリ

脈絡膜上皮腫ト癌腫ノ比較研究ハ一見容易ナルガ如クシテ然カモ甚ダ困難ナルヲ知レリ、之レ前者ガ尙ホ發生發育構造ニ於テ不明ナル點多ク、且ツ又史乘往々妊娠ニ關係ヲ有スト謂フ極テ單一ナル條件ノ許ニ、或ハ他種腫瘍ガ茲ニ總括セラルヽニ非ズヤヲ思ハシムル者無キニ非ズ、マルシヤンノ所謂非定型性ノ者ノ如キ尙ホ今日多クノ誤解ヲ來ス因ナルベシ、彼ノ原發竈ナルベキ子宮ニ腫瘍ヲ見ズシテ却テ他臟器ニ發育スルト稱スル所謂「エクトピツシエ」脈絡膜上皮腫(Schmauch,

百九十五年マルシヤンガ精細ナル研究ノ結果、此ノ脫落膜腫ニ於ケル腫瘍細胞ハ胎兒外胚葉ニ起原スル者トシ脈絡膜上皮腫ト做スノ至當ナルヲ唱導セリ、此ノ名稱ハ今日最モ多ク用ヒラルヽ所ニシテ一般ニ信ゼラルヽ所トナレリ、然リト雖モマルシヤンモ已ニ腫瘍組織ガ全ク胞巢狀造構ヲ缺クヿ乃至之レガ血行ヲ介シテ廣延スル等ハフレンケルガ唱フル如ク直ニ癌腫トハ認メ難キ者アルヲ謂ヘリ、宜ナリ這種ノ腫瘍ヲ肉腫或ハ內被細胞腫ト做シ、全然結締織腫瘍ニ屬セシムベキヲ主張スル者亦甚ダ尠カラザルヤ

抑モゼンゲルガ始メテ這種腫瘍ニ就テ記載シテヨリ玆ニ二十年、或ハ癌トシ肉腫トシ亦タ內被細胞腫ト做ス、其母組織ニ關シテモ全然母體組織ヲ主張スル者或ハ胎兒組織ト爲ス者乃至甲乙兩者ニ起原ヲ有スト爲ス者、甲論乙駁殆ド底止スル所ヲ知ラズ、實ニ多數ノ研究者ガ各自其ノ見解ヲ異ニスル者アルハ、次ニ揭グル多種ノ名稱ニ徵スルモ其ノ一斑ヲ想像スルニ足ルベシ

惡性脈絡膜上皮腫 (Marchand) ―脈絡膜癌―「ジンチヽユム」癌 (L. Fraenkel, Kossmann, C. Ruge etc.)

脫落膜腫―脫落膜細胞肉腫 (Saenger) ―血管肉腫 (Sternberg, Marx etc.) ―內被細胞

玉木某女　二十二年　四十年六月廿八日解剖

（臨床的診斷）葡萄狀鬼胎、貧血、

（解剖的診斷）1、葡萄狀鬼胎妊娠子宮、2、兩側卵巢ノ囊腫形成、3、兩肺多發性出血竈、4、心筋肝臟腎臟ノ脂肪變性、5、皮膚及粘膜ノ溢血、6、一般臟器組織ノ貧血、

解剖所見ノ必要ナル部分ヲ摘錄スレバ次ノ如シ

子宮ハ增大シ其底部ハ恥骨縫際上約十仙迷ニ在リ、子宮外口稍々開大シ、頸管ハ殆ド消失ス、子宮腔內ニハ無數ノ絹針頭大ヨリ拇指頭大ニ至ル水胞體及暗赤色凝血ヲ以テ充塡ス、胎盤臍帶及胎兒ノ痕跡ヲ見ズ

卵巢ハ兩側共ニ增大シ扁平ニシテ約鷄卵大ニ達ス、其割面櫻實大多數ノ囊胞ヲ認ム、孰レモ血色ヲ帶ビタル半透明ノ液ヲ充滿ス、右側卵巢ニ眞黃體ヲ認ム

肺臟ハ兩側ニ肋膜下出血アリ絹針頭大ヨリ小豆大、孰レモ圓形ニシテ帶青赤色、多少表面ヨリ皆球狀ニ隆起シ觸ルニ結節狀ヲ爲ス、肺臟割面ハ一般ニ浮腫狀ニシテ前記出血竈ハ唯ダ表面ニ限リ深部ニハ認メ難シ

其他心臟外膜ニ少數ノ點狀出血アリ、脾割面ニ大小不等ノ暗赤色斑點ヲ示シ、腎盂粘膜ニモ點狀出血ヲ見タリ、然シ肝臟ニハ出血竈ヲ認メザリシ

顯微鏡下所見

子宮ハ先ツ「ホルマリン」水ニ硬化シ後チ內容ト共ニ子宮壁ヲ矢狀徑ニ切開シ、前後兩壁ヨリ各六ケノ組織片ヲ採リテ、切片染色標本ヲ作製シ組織的檢査ニ供シタリ、其成績ヲ概括スレバ次ノ如シ

內容ノ水胞體ハ中心ニ多ク液化セル空洞ヲ示シ、該部ハ「ヘマトキシリン」青染同質樣無造樣ノ竈ト

Kissel, Busse, L. Pick, Schmidt. William, Peters, Poten Vasmer, Zagorjanski-Kissel, Schmorl, Dunger u. A. M.) ハ之レヲ暫ク措テ論ゼズトスルモピック(九歳)ルバルシュ(十三歳)等所報ノ生殖機發育未熟ノ少女ニ於ケル卵巢及子宮ノ腫瘍乃至ハ男女生殖腺及其他ノ畸形腫中ニ於ケル脈絡膜上皮腫樣形成物ヲモ(Schlagenhaufer, Wassow, Risel, Marx, Moenckeberg, Bostroem, Sternberg, Askanazy U.A.) 悉皆同一圈内ニ總括センカ所詮其ノ本體ヲ捕捉シ得ザルニ到ラン、余ハ信ズ已ニ先輩諸氏モ謂フ如ク從來這種腫瘍トシテ報告セラレタル例證中ニハゼンゲルノ脫落膜腫ナル名稱ノ寧ロ適當ナル腫瘍モアルベク、ヨットファイトノ謂フ如キ妊娠ノ影響ヲ受ケタル既發肉腫モアルベク、又體部癌モ此ノ内ニ數ヘラレタルモノアルヘシト、從テ兩者ノ比較研究ハ極メテ狹キ範圍ニ於テ兩種腫瘍ノ正型ナル者ヲ僅ニ對照比肩セシメ得ルニ止マルハ亦タ已ムヲ得ザルニ屬ス

余ハ此ノ研究ニ際シ先ヅ最初葡萄狀鬼胎例ヲ檢査シ、次デ所謂脈絡膜上皮腫例ニ及ビ之レト癌及ビ肉腫トノ關係ヲ檢シタリ、茲ニ順次其概畧ヲ記述シ最後ニ余ノ主張ヲ述ベント欲ス

第一　兩肺ニ胎盤絨毛片ノ轉移ヲ有セル破壞性胞狀鬼胎例

全然認メ難ク子宮内容ハ直ニ筋層ニ接スル所アリ、如斯内容ヨリ侵蝕ヲ被ムル所ハ筋纖維ハ多少凝固壞死ヲ示シ圓形細胞ノ浸潤及ビ組織間出血ヲ認ム、「ジンチ、ユム」及ランクハンス層細胞ガ筋纖維間ニ浸潤スル所ハ、癌ニ於ケルガ如ク胞巢乃至細胞索ヲ形成セズ、散在性ニ或ハ集簇スルモ近圍結締纖、トノ關係ハ親密ナリ。子宮壁筋層中ニ割面ヲ示ス靜脈管ハ孰レモ高度ニ擴張シ凝血ヲ以テ充塡ス、此ノ血管層ニ於ケル二三ノ血腔中ニハ多量ノ上記兩種胎盤細胞ヲ含ムト同時ニ、大小水胞體ノ斷片ヲ容ル者アリ之レ已ニ卵周圍ヨリ離斷セラレ靜脈血行ニ依リ送致セラレタル者ナリ

卵巢ハ兩側共ニ囊腫狀增大ヲ示シ、割面ニ於テ多數ノ囊胞ヲ見タリ、是レハ鏡檢上濾胞囊腫ニ屬スベキモノニシテ其ノ內莢膜內芽組織ノ著シキ增殖ハ所謂黃體囊腫（Luteincyste）ニ遙スル者ナルヲ知ル、眞黃體ハ右側卵巢ニ於テ見タリ、其他兩側ニ小眞黃體トシテ黃體組織ノ瘢狀ヲ爲ス者多シ、之レ等ハ正規妊娠ニ於ケルト異ナルヲ見ズ（此ノ事ニ關シテハ余已ニ三浦先生就職二十年祝賀論文中ニ於テ論述セリ）

兩肺ニ於ケル上記限局性出血竈ノ數ケ所ヲ附近肺組織ト共ニ之レヨリ連續切片標本ヲ作製シ檢シタリ、孰レモ纖維素ノ網狀造構ト血球ヲ示ス限局性出血ナルガ、此ノ竈內ニハ各々可成能ク原形ヲ保存セル變性的胎盤絨毛ノ斷片ヲ容レタリ（第六圖板第一圖）。絨毛片中心部ニハ粘液變性ヲ示シ中央血管ヲ缺如セル基質ト表面ニハ厚薄不等ノ「ジンチ、ユム」層アリ、「ジンチ、ユム」ハ概シテ著シク增殖ヲ示スト同時ニ空胞變性ニ依リ泡沫狀觀ヲ呈スル所アリ、ランゲハンス細胞層ハ一部ハ整シク存在スルモ多クハ不正ニ增殖シ細胞ノ堆積ヲ認ム、其他之レト「ジンチ、ユム」トノ中間細胞アリ、要スルニ子宮內容ノ水胞體ガ血行ニ由リ輸送セラレタル者ナルハ疑ナシ。出血竈周圍ニ於ケル肺組織ハ、壓迫ニ由リ緻密トナリ一部ハ無氣ノ狀ヲ呈ス、此ノ部ハ纖維素ニ浸潤セラルヽカ、若クハ凝固壞死ニ陷ル

シテ現ル、往々茲ニ粘液組織ヲ示ス者アリ、周邊部ニハ尙ホ皮膜狀ニ絨毛基質結締織ヲ認ム。水胞體ノ塞索ニ適スル所ハ絨毛基質ハ液化乃至粘液變性ヲ示サズ、從テ正規胎盤ノ絨毛基質ニ類ス、然シ每、其中心部ニ血腔ヲ缺ク。水胞體ノ表面ハ所ニ由リ厚薄一樣ナラズト雖モ到ル所著シク增殖セル「ツンチハヽーム」層ニ被ハル、核原形質共ニ濃染シ空胞變性ノ爲メ往々泡沫狀觀ヲ示ス所アリ、層ノ非キ所ハ概シテ核ノ排列稍々整シク原形質ト共ニ淡染ス。ランゲハンス氏細胞層ハ極メテ不定ナリ、胞狀單核ト透明原形質ヲ示ス小細胞ハ諸所不正ニ堆積シ整シク層ヲ形成スル者無シ、多クハ「ツンチハヽーム」ト不正ニ混在シ或ハ亦タ之レヲ超ヘテ表面ニ現ル所アリ。其他單核大細胞ニシテ核原形質共ニ濃染スル兩種細胞ノ中間移行型ト看做スベキ者多シ、這種細胞ト脫落膜細胞トハ往々區別シ難キ者アリ。水胞體ノ塞索ニ適スル所ハ每常平等ナル「ツンチハヽーム」ノ薄層ニ被ハル、ランゲハンス細胞ノ堆積等ハ認メ難ク恰モ成熟胎盤ノ絨毛上皮ヲ見ルノ感アリ。各水胞體ノ間ニハ纖維素ノ網狀造構ト血球ヲ示ス、多クノ水胞體ハ凝血ニヨリ互ニ粘着セルニ依ル、此ノ凝血中ニハ前記兩種細胞成分ノ多量ヲ混在ス

子宮前壁ハ胞脫落膜部ニ適スル者ノ如ク、所ニ由リテハ表面ニ厚キ纖維素層ヲ示シ、脫落膜ハ緻密海綿ノ二層ヲ能ク區別シ得ル所アリ、基質細胞ハ類上皮樣大細胞トシテ到ル所脫落膜細胞ヲ形成ス、此ノ諸所ニ限局セル凝固壞死竈乃至脫落膜出血ヲ示ス者アリ、圓形細胞ノ浸潤ハ到ル所顯著ナリ。筋膜及漿液膜ハ普通妊娠ノ後半期ニ於ケルト差異ヲ見ズ、然シ筋纖維間圓形細胞浸潤ハ顯著ナリ、筋膜中ニ多數ノ斷面ヲ示ス子宮壁靜脈管ハ孰レモ擴張シ血栓ニ由リ栓塞セラル

子宮後壁ハ其底部ニ近ク胎盤部ヲ示ス者ノ如ク、此ノ部脫落膜ノ擴張セル血腔ニハ前記子宮內容ニ於テ逃ベタル二種ノ細胞成分ノ他ニ水胞體ノ散在スル者多シ、尙ホ一部ニ在リテハ卵床脫落膜ハ

ガ密集シ或ハ萎縮シタル水胞體ガ恰モ海綿狀造構ヲ示シテ結節狀塊ヲ爲シタリ鏡檢上水胞ハ萎縮スルニ拘ラズ表面細胞成分ノ顯著ナル增殖ヲ見タリ之レ曩ノ實驗例ニ異ナレリ

ブウツハ水胞ノ小ナルヲ以テ惡性鬼胎ノ徵ト做シ、ノイマン及シユモル等ハランングハンス層細胞ノ著シキ增殖ト「ジンチ、ユム」遊走細胞ノ絨毛基質內侵入ヲ以テ乃至フオイグト等ハ兩種細胞成分ノ親密ナル混在ヲ以テ惡性鬼胎ノ特徵ト看做シ、之レ等ガ所謂惡性脈絡膜上皮腫ヲ將來スベキヲ唱導セリ、其他「ジンチ、ユム」ノ增殖ト其胞核ノ增大及染色質ニ富ムコヲ以テ (Gottschalk u. Voigt) 或ハ「ジンチ、ユム」ノ突起ヲ出シテ增殖スル者 (Durante) 等ヲ惡性鬼胎ト做セリ、要スルニ是レ等ハ孰レノ葡萄狀鬼胎ニ在リテモ認メ得ベキ現象ナリト雖モ、概シテ細胞成分ノ著シキ增殖ハ惡性ノ標徵タルベク、本例ノ如ク水胞體ハ却テ萎縮シ互ニ融合シテ海綿樣稍々緻密ノ結節塊ヲ形成スル如キハ鬼胎妊娠トシテハ極メテ惡性ノ徵タル可キヤ疑ナカルベシ

卵床脫落膜及之レニ適スル粘膜下子宮筋層ノ靜脈腔ニ於テ脈絡膜絨毛ヲ見ルコハ正規妊娠ニ在リテモ往々實驗ス、然シ之レ等ハヨット、フアイトノ謂フ如ク卵周

所アリ、茲ニ散在性ニ或ハ集簇シテ單核濃染類上皮樣大細胞アリ、主トシテ上記子宮壁靜脈腔內乃至子宮內容ニ於テ述ベタル「ジンチヽユム」トランゲハンス層細胞ノ中間型ニ適スル者ナリ、又ランゲハンス層細胞ニ一致スル單核淡染小細胞モ往々之レヲ認ム、孰レモ間接分割像ヲ示ス者多キト、初メヨリ「アルコホール」ニ硬化シタル標本ニベストニ從ヒ「グリコーゲン」ヲ染色シ得タルトニテ前者ト一致スルヲ證シ得タリ。連續標本ニ就テ出血竈ガ破裂シタル血腔ト交通スルヲ見タル者アリ(此ノ肺轉移標本ハ四十一年四月東京醫學會總會ニ於テ供覽セル者ナリ)

心臟肝臟脾臟及腎臟ニ於テ胎盤組織ノ轉移ヲ證明セズ

考案

以上所見ヲ概括スレバ本例ハ子宮後壁底部ニ近ク卵床脫落膜ヲ示ス葡萄狀鬼胎妊娠ニシテ、子宮壁靜脈腔ノミナラズ、兩肺ニ多數ノ變性的胎盤絨毛片及其表面ヲ被覆スル兩種細胞ノ轉移ヲ示ス者ナリ。本例鬼胎妊娠ハ余ガ曩ニ「ジンチヽユム」及「ランゲハンス」層細胞ノ發生ニ就テト題シ(東京醫學會雜誌第二十卷第二十一號)報告シタル破壞性葡萄狀鬼胎例ニ類似ス、子宮腔ノ全然水胞體ニ占領セラレ胎兒臟器ノ痕跡ヲモ止メザルハ一般普通ノ鬼胎妊娠ナリ、唯ダ茲ニ稍々趣ヲ異ニスルハ內容ノ水胞ガ概シテ形小ニシテ互ニ癒着シ結節狀塊ヲ形成スル傾アルコ之ナリ、普通半透明液ヲ以テ緊滿シタル水胞體ガ箇々分離スルニ對シ、顆粒狀ノ小水胞

ルガ如シ絨毛被覆細胞ノ肺轉移ニ到テハ初メテシユモルガ胎盤巨大細胞ノ肺動脈栓塞トシテ妊娠及産褥子癎ニ於テノミ見ル所ナリトシテ記載セル以來、ルバルシユ、ペルスロエスデンヲ始メ多ク、ノ實驗報告アリ、又子癎以外ノ疾病ニ死亡セル例ニ於テ此ノ轉移ヲ見ルコトハ、之レ等ノ人々ガ已ニ唱導スル所ニシテ、特ニ鬼胎妊娠例ニ於テ最モ頻繁ニ實驗セラル

肺臟ニ轉位シタル胎盤細胞ノ運命ニ就テハ單純ナル栓塞トシテ直ニ退行變性ニ陷ル者アルベク、又原動的增殖ヲ現ス者アルコトハシユラーゲンハウフエル、ポオテンーワスメル等已ニ謂ヘリデウンゲルハ一時燃ニ增殖スルモ能ク退行變性ヲ來シ、或ハ肉芽ノ發生ニヨリ往々瘢痕組織ニ包圍セラルヽヲ見ルト云フ、本例出血竈周圍ノ肺組織中ニ堆積スル胎盤細胞ハ「グリコーゲン」顆粒ヲ含ミ間接核分剖像ヲ示ス者甚ダ多キニ由ルモ增殖ノ極メテ燃ナルヲ知ルベシ、將來再ビ退行ノ運命ニ陷ルベキヤ、或ハ所謂惡性脈絡膜上皮腫トシテ引續キ違型的增殖ヲ現スベキヤハ素ヨリ知ルニ由ナシ

葡萄狀鬼胎妊娠ガ所謂惡性脈膜絡上皮腫ノ發生ニ親密ナル關係ヲ有スルコトハ先ヅフホン、フオルクマンニ由リ唱導セラレ復タ今日之ヲ疑フ者ナシ、腫瘍ノ約五

圍トノ連絡ヲ保チツヽ靜脈性血行ニ送致(Deportation der Chorionzotten)セラルヽ者ナルベシ、本例ハ子宮筋膜血管層ノ靜脈腔ニ在リテモ遊離シタル多クノ胎盤細胞ト共ニ絨毛片ヲ容ル、蓋シ鬼胎妊娠例ニ於テ絨毛片ガ子宮壁乃至其附近靜脈腔ニ轉移スルハ可成頻繁ナリ(Pick, Voigt, Schlagen-hauer, Poten-Wassner U.A.)、コスマンハ正規妊娠ニ於テモ見タリト謂フ然シ是レハ稀有ナルベク、之レニ反シ子宮外妊娠ニ於テ其附近靜脈腔ニ絨毛片ヲ見ルハ多クノ報告アリ

葡萄狀鬼胎妊娠乃至所謂惡性脈絡膜上皮腫ニ於テ兩側卵巢囊腫ノ實驗セラルヽ者極メテ多シ、所謂黃體囊腫(Luteincysten)之ナリ(Neumann, Poten-Wassner, Schaller-Pföringer, Stöckel, E. Ruge, Yaffe U.A.)余ノ曩キニ報告セル鬼胎例ニハ之レヲ缺キ普通妊娠時ニ於ケルト毫モ差異ヲ見ザリシガ本例ハ之レヲ認メタリ、エルーゲハ二十八例ノ葡萄狀鬼胎妊娠中十二例ノ卵巢囊腫變性ヲ見タリト云フ(此ノ囊腫變性ヲ以テ鬼胎妊娠ノ發生的原因ヲ爲ス者ト看做ス人アリ然シ玆ニハ述ベズ)

兩肺ニ於ケル絨毛片ノ轉移ニ就テハ子宮壁靜脈腔ニ於ケル絨毛斷片ノ珍奇ナラザル以上、之レガ下大靜脈及右心ヲ經テ肺動脈枝ニ達スルハ敢テ怪ムニ足ラズ然リト雖モ事實ハ之ニ反シ本例ノ如ク兩肺ニ多數ノ轉移ヲ示スハ極メテ稀有ナ

（解剖的診斷）1、子宮前壁ニ原發セル惡性「ウンチトオーム」2、子宮壁漿膜下、膣前壁并ニ兩肺ニ於ケル轉移結節　3、心筋肝臟腎臟ノ混濁　4、脾腫　5、氣管枝及後腹膜淋巴腺ノ腫脹　6、一般ノ貧血

解剖所見ノ必要ナル部分ヲ摘錄スレバ次ノ如シ

外陰部ヨリ膣前壁ニ亘リ并ニ後壁ヨリ會陰ニ達スル新鮮ナル手術縫合創面アリ、之レ膣壁腫瘍結節ヲ剔出セラレタル痕跡ナリ

子宮ハ形チ大、長徑九半、幅徑五半、厚徑五仙迷、表面底部ニ豌豆大暗赤色柔軟ナル腫瘍結節アリ、漿膜面ヨリ球狀ニ隆起ス、尙ホ前壁體部ニ於テ胡豆大ト豌豆大同樣ノ性狀ヲ有スル二ヶノ腫瘍結節アリテ孰レモ表面ヨリ球狀ニ隆起ス。子宮後壁ヲ切開シ內腔ヲ見ルニ體部前壁ハ鷄卵大血液ニ富ミタル柔軟ナル腫瘍アリ、粘膜面ヨリ廣キ根蒂ヲ以テ內腔ニ突隆ス、其表面ハ平滑ニシテ薄ク黃白色粘稠ノ物質ニ被ハル、腫瘍ノ割面ハ暗赤色乃至黃白色互ニ斑紋狀ヲ爲シ又一部ハ海綿狀造構ヲ示シ流動性血液ヲ溢出ス（第七圖板第二圖）、子宮頸管ハ粘稠ナル粘液塊ヲ以テ閉塞セラル、其部粘膜ニ異常ヲ見ズ

卵巢ハ兩側共ニ普通大ナリ、割面二三ノグラーフ氏濾胞ヲ見ルノミ

肺臟ハ兩側ニ於テ散在性ニ多數ノ腫瘍轉移結節アリ、米粒大ヨリ胡豆大ニ達シ一般ノ性狀ハ前記子宮ノ腫瘍ニ同シ

氣管分岐部淋巴腺數ケ蠶豆大ニ腫脹シ、其ノ割面發赤、多數ノ灰白色粟粒大結節ヲ認ム。腸間膜腺及後腹膜淋巴腺モ同樣ニ腫脹シ其割面發赤ヲ認ム

心肝脾腎臟ニハ腫瘍轉移結節ヲ見ズ

顯微鏡所見

子宮ヲ正中線ニ於テ矢狀徑ニ、前後壁并ニ腫瘍ヲ通シテ、膣部ヨリ底部ニ亘ル組織板ヲ截リ取リ七

十「プロセント」ハ鬼胎妊娠ヲ經過セル者ナリト云フニ由ルモ其ノ關係ヲ想像スルニ足ランカ、ウイルヒヨウハ鬼胎ノ發生ニ就テ脈絡膜絨毛基質ノ變化ヲ主要ナル者トシ、之レヲ脈絡膜粘液腫（Myxoma chorii）ト看做セルニ對シ、マルシヤン及フレンケルハ絨毛上皮ノ異常增殖ヲ葡萄狀鬼胎ノ本態ト做シ、絨毛基質ハ浮腫及變性ニ過ギズト主張セリ、鬼胎ニ於テ增殖スル「ジンチシユム」及ラングハンス細胞ハ所謂脈絡膜上皮腫ニ於ケル兩種細胞成分ト毫モ差異ヲ認メ難キハ、曩ニ報告セル鬼胎妊娠例ニ於テ余ノ記述セル所ナリ、其當時葡萄狀鬼胎ト所謂脈絡膜上皮腫ハ腺腫ノ癌腫ニ於ケルガ如シト謂ヘル者亦タ之レガ爲メナリ、此ノ點ヨリシテ本例破壞性鬼胎ハ已ニ兩肺ニ多數ノ轉移アリ、子宮內容亦タ著シク細胞組織ニ富ミ、水胞體ハ却テ萎縮シ相融合シテ海綿狀結節塊ヲ形成スルガ如キ、恐ラク葡萄狀鬼胎ト所謂惡性脈絡膜上皮腫トノ移行型ト看做シテ毫モ異議ナカルベキヲ信ズル者ナリ

第二　膣壁及兩肺ニ轉移ヲ有セル惡性「ジンチシオーム」例

高橋某女　十七年　四十年一月十一日解剖

（臨床的診斷）內被細胞腫

維ニハ肥大ヲ見ズ、間質ノ結締織ニハ小圓形細胞ノ浸潤アリ、漿液膜ニ異常ヲ認メズ

卵巢ハ兩側共ニ囊腫形成ヲ示サズ、唯ダグラーフ氏濾胞ノ內莢膜ニ適スル肉芽組織ハ孰レモ著シキ增殖ヲ示シタリ、右側ニ眞黃體ヲ認ムルノ他、兩側ニ於テ多數ノ小眞黃體トシテ大小不等ノ黃體組織ノ竈狀ヲ爲ス者アリ、其ノ狀一般妊娠期ニ見ル所ニ同シ

肺臟ニ於ケル多數ノ腫瘍結節ハ肉眼上ニモ鏡檢上ニモ前記子宮ノ夫レト同樣ナリ、即チ腫瘍ノ大部分ハ凝血ニ占領セラレ其內ニ少量ノ腫瘍細胞ヲ混ズ、主トメ類上皮樣大細胞ニシテランゲハンス層細胞トジンチユムノ中間型ニ一致ス。此ノ結節附近ノ肺組織ハ壓迫ニ由リ無氣ノ狀ヲ呈シ、多少ノ炎性浸潤出血及壞死竈ヲ示ス、其他諸所擴張セル血腔內ニ腫瘍細胞ヲ充塡セル者乃至血管ヲ圍繞シテ細胞ノ集簇セル者アリ、之レ等ハ彈力纖維染色標本及「グリコーゲン」染色標本ニ依リ明瞭ニ認メ得ベシ

心肝脾腎臟ニハ鏡檢上ニモ腫瘍ノ轉移ヲ證明セズ

氣管分岐部淋巴線ハ多數ノ結核結節ヲ示シタリ、類上皮細胞ノ集簇ト多數ノ巨大細胞ヲ有シ乾酪變性ハ極メテ輕微ナリ其ノ發育ノ緩慢ナルヲ以テ知ルベシ、腸間膜及後腹膜淋巴線ノ腫脹セル者孰レモ淋巴組織ノ增殖ト血管ノ充漲ニ止マリ、余ノ標本ニハ毫モ腫瘍組織ノ轉移ヲ見ザリシ

考案

以上所見ヲ綜合シ考察スルニ、本例ハ子宮前壁ニ發生シ內腔ニ向テ發育シタル所謂惡性脈絡膜上皮腫ナルヤ疑ナカルベク、兩肺及膣壁ニ於ケル同樣ノ腫瘍結節ハ孰モ其轉移竈ナリ、原發及轉移竈共ニ腫瘍細胞ハ大部分ニ於テ單核類上皮樣大

ケノ組織片ト爲シ、切片染色標本作製檢査ニ供シタリ、其ノ所見ヲ總括スレバ次ノ如シ

子宮後壁ハ底體頸管及ビ部ニ亘リ粘膜ニ輕微ノ圓形細胞浸潤アリ血管ノ充漲著シ、然シ粘膜ハ脫落膜ヲ形成セズ。筋膜ニモ纖維間結締織ニ多少ノ白血球浸潤アリ、筋纖維ノ肥大ハ極メテ輕微ナリ漿液膜ニ異常ヲ見ズ

子宮前壁ハ其ノ粘膜面ヨリ發生シ內腔ニ向テ隆起セル腫瘍ト共ニ染色標本ヲ作製シタリ。腫瘍結節ハ底部ヨリ子宮內口ニ亘リ廣キ基底ニ由リテ前壁ニ附着ス、鏡檢ノ結果其ノ大部分ハ凝血塊ナルヲ知レリ、即チ纖維素ノ網狀造構ト其ノ間ヲ充セル血球ニハ其位置ニ由リ白血球ノ多少ヲ異ニシ、爲メニ灰白黃色乃至暗赤色ノ斑紋トシテ現ルナリ、腫瘍細胞ハ僅ニ其一部ヲ形成スルニ過ギズシテ散在性ニ或ハ不正ニ集簇シテ凝血中ニ混在ス、細胞ハ主トシテ類表皮樣單核大細胞ニシテ大小一樣ナラズ、核原形質共ニ濃染シ、核ノ形狀モ圓形橢圓形乃至稍々延長シタル不正形濃染大核ヲ有スル者アリ、概シテ前鬼胎例ニ於テ記述セル「ジンチューム」トランゲハンス層細胞ノ移行型ニ適スル者最モ多シ、ランゲハンス層細胞ニ一致スベキ透明原形質ト淡染胞狀核ヲ有スル者ハ極メテ尠ク、尙ホ「ジンチューム」ハ殆ド認メ難シ、唯ダ二三ノ濃染核ヲ有スル圓形大細胞ノ少數ヲ見ルノミ、最モ前記移行型細胞ガ互ニ融合シ境界不明ノ原形質塊ヲ形成スル者アリト雖モ、之レ等ハ其核ノ排列ガ尙ホ正シキ距離ニ在ルヲ以テ直ニ「ジンチューム」ト認メ難シ、要スルニ腫瘍ノ造構ハ新舊凝血中ニ主トシテ單核類上皮樣大小不等ノ大細胞ガ混在スルニ過キズ。腫瘍結節ハ先ツ前壁體部中央ニ發生シタルハ子宮底及內口部ニ於テ能ク形態ヲ保テル粘膜ガ腫瘍ノ表面ヘ醱轉スルニ依リ明ナリ、而シテ結節ガ前壁ト界スル所ハ毫モ粘膜ヲ認メズ、腫瘍細胞ハ直接筋纖維間ニ浸潤シ著シキ子宮壁ノ荒蕪ヲ示ス、即チ筋膜ノ一部ニ顯著ノ圓形細胞浸潤出血幷ニ凝固壞死ヲ示シ茲ニ腫瘍細胞ノ集簇最モ多シ。子宮壁筋纖

腫ニ於ケルガ如ク疎隔ナラズ然カモ肉芽ノ發生ノ甚ダ徹々タルハ所謂脈絡膜上皮腫ノ發育ガ癌ニ比シテ尙ホ一層急速ナルニ依ルベク、寧ロ腫瘍組織ノ侵蝕ト同時ニ其近圍組織ヲ壞死ニ陷ラシムル傾向アルハ癌ニ於ケルヨリモ顯著ナリトス

子宮ノ原發及續發結節乃至兩肺ノ轉移結節ハ孰レモ球形ノ限局性結節ヲ形成スル者多シ、組織的檢査上ニモ概シテ周圍トノ境界ガ比較的整シキ者アルハ多少注目ニ價ス、一般ニ癌腫ノ如ク浸潤性發育ト謂ハンヨリモ寧ロ肉腫ノ如ク擴大性發育ニ近シ、是レハ腫瘍ノ性格ガ每常出血性傾向ヲ示シ、結節ハ急速ナル或ハ卒如タル增大ヲ爲スニモ依ラン、本例腫瘍ノ轉移ガ淋巴系統ニ毫モ關係ナク血行ニヨリタル者ナルハ、現在子宮壁靜脈腔ニ於ケル腫瘍細胞ノ存在幷ニ肺動脈管栓塞ニ據リ明ナリ

兩卵巢囊腫ガ所謂脈絡膜上皮腫例ニ於テ實驗セラルヽ「多キハ敢テ葡萄狀鬼胎例ニ讓ラズ (Marchand, L. Fraenkel, Neumann, Goebel, Haeberlein, Fiedler, Stöckel, Schaller-Pfäringer, Poten-Vassmer, Pfannenstiel, F. Ruge U.A.)'然レモ本例卵巢ハ毫モ增大ヲ見ズ、右側卵巢ノ眞黃體ト兩側諸所ニ黃體組織竈ヲ示スト幷ニグラーフ氏濾胞內莢膜ノ肉芽層ノ增殖ハ、正規妊娠ニ在リテハ每常又葡萄狀鬼胎妊娠ニ於テモ認ムル所ナ

細胞ニメ、彼ノ「ジンチ、ユム」トラングハンス層細胞ノ中間型ニ適スル細胞最モ多シ從テ本例ハマルシヤンノ違型性ニモ適セザル者ナリ、最モ少數ニ於テ「ジンチ、ユム」ト看做ベキ細胞ナキニ非ズ、二三以上ノ濃染大核ヲ有スル濃染原形質塊之レナリ、其ノ他濃染原形質塊中不正形ノ濃染大核ガ整シキ距離ニ於テ排列スル者アリ、然シ大體ニ於テ正型性違型性何レトモ言ヒ難シ、元來正型違型ノ區別ハマルシヤンガ「ジンチ、ユム」ヲ以テ母體性ノ子宮粘膜上皮トシ單核細胞ヲ胎兒外胚葉性ト做シ或ハゼンゲル、フワイト等ノ肉腫トシテ胎兒組織ヲ混ズル場合ト混セザル場合ヲ區別セルガ如キ時代ニハ極メテ重要ナリシナラムモ「ジンチ、ユム」ト所謂ラングハンス層細胞トハ其起原ヲ一ニスルノ明瞭トナレル今日ニ於テハ、正型―違型性ノ區別ハ本態的ノ者ニ非ラズ、又實際腫瘍ノ一部ニ於テ違型性ナル者他部ニハ正型性像ヲ示ス者アルハ往々實驗スル所ナリ、余ハ正型違型ノ區別ヲ必要ト認メザル點ニ於テ佐藤(勤也)氏ニ賛同スル者ナリ

腫瘍組織ガ其占居部ナル子宮壁ヲ侵蝕スル狀態ハ上記破壞性葡萄狀鬼胎ノ胎盤部ニ於ケルト畧ボ同ジ、腫瘍細胞ハ筋纖維間ニ不正ニ浸潤シ癌腫ノ如ク細胞索乃至胞巢ヲ形成セズ、而シテ此ノ細胞ト結締織トハ極メテ親密ナル關係ヲ示シ癌

ルハ素ヨリ論ナシ、然シ近キ過去ニ於テ妊娠ノ中絶ヲ來セルコアルベキハ、右側卵巢ニ於ケル眞黃體ノ存在ニ依リ之レヲ證スルニ足ラン

第三　惡性「ジンチ、オーム」ト癌及肉腫トノ別

(甲)　所謂惡性脈絡膜上皮腫ガ癌腫ト如何ナル點ニ於テ區別セラルベキカ

(イ)　原因　違型的細胞增殖ノ眞ノ原因ノ不明ナルハ癌腫ト共ニ暫ク措キ、其原因的條件ニ到テハ所謂惡性脈絡膜上皮腫ガ妊娠殊ニ鬼胎妊娠乃至流產及正規娩產後ノ胎盤「ポリープ」等ヲ以テ其ノ發生上缺クベカラザル基礎的要約ト爲シ、隨テ癌ガ概ネ高年者ニ素因ヲ有スルニ對シ、所謂脈絡膜上皮腫ガ(鬼胎發生條件ト共ニ多產婦ニ多シト云フノ他)經閉後ノ高年者ニ稀有ナルハ注目ニ價ス(「エクトピツシエー」脈絡膜上皮腫乃至畸形腫中ノ脈絡膜上皮腫樣組織ハ茲ニ論セズ)

(ロ)　發育　所謂惡性脈絡膜上皮腫ノ發育ハ急速ナリ、之レ主トシテ腫瘍內部ニ起ル出血ニ因ス、癌腫ノ發育ハ之レニ比シ遙ニ緩慢ナルノ感アリ、而シテ此ノ急速增大ハ周圍組織ヲ壞死ニ陷ラシムルコ多シ、惡性脈絡膜上皮腫ノ轉移ハ極メテ速ナリ、主トシテ血管系統ニ由リ先ツ肺臟ニ或ハ逆行性ニ膣壁ニ轉移ヲ形成ス、又小循環ヲ經テ再ビ大循環ニ進入スルコモ迅速ナリ、之レ肺血管ノ破潰ノ速ナルニ依ル

リ、要スルニ本例卵巢ハ一般妊娠期ノ狀態ニ在ルモ黃體囊腫（Luteincyste）ヲ形成セズ

所謂惡性脈絡膜上皮腫ノ發生ニ就テゼンゲルハ妊娠ノ影響ヲ被ムレル子宮粘膜結締織細胞ニ歸シ、マルシヤンハ之ニ對シ胎兒外胚葉ヲ主張ス、而シテ孰レニシテモ妊娠從テ胎盤ノ形成ヲ必要トスルハ言ヲ俟タズ（睾丸卵巢其他畸形腫中ニ見ル脈絡膜上皮腫樣組織ノ發生ハシユラーゲンハウフエルニ從ヘバ之レヲ胎兒卵膜ノ形成物トシ、マルシヤン及リーゼルハ外胚葉ノ產物ト做ス、然シ茲ニハ須ク論セズ）而シテ之レガ妊娠殊ニ鬼胎妊娠乃至流產及正規分娩後ノ胎盤ポリープヨリ發生スルヿ多キハ已ニ明ナル事實ナリ、偖本例ハ妊娠ト如何ナル關係ヲ有スルカ、現在ハ毫モ妊娠ヲ證明セズ、子宮粘膜亦タ脫落膜ノ形成無シ、唯ダ僅ニ子宮筋織維ノ肥大アルモ之レハ腔內ニ發育セル腫瘍ニ由リ說明シ得ベシ、然ラバ本例子宮ノ造構ニ據リテ過去ノ妊娠ヲ證明シ得ルカ、素ヨリ子宮ノ形狀筋織維ト間質トノ關係血管壁ノ變化特ニ外膜ノ性狀乃至彈力織維ノ狀況ハ、過去ニ於ケル正規妊月ヲ經過セル分娩ヲ證シ得ルハ容易ナルベキモ、妊娠初期ニ中絕シタル遠キ過去ノ流產ヲ知ルハ到底不可能事ニ屬ス、本例子宮ノ所見ハ正規娩產ヲ經過セル者ニ非ザ

如ス、然シ之レハ前ニモ述ベタル如ク可成愼重ノ檢索ヲ要スベク、一部ニ違型性腫瘍トシテ現レタル者他部ニ正型性ナルアリ、殊ニ發育燥ナル轉移竈ニ於テハ違型性造構ヲ示スコト多キガ如シ、然カモ亦余ガ今回實驗セル如キ(上記惡性「ジンチ、オーム」例)殆ド中間型ヨリ成レル者アリ、之レ單核細胞ハ「ジンチ、ユム」ノ前身ナリト認メラルヽニ於テハ極メテ合理的ノコトニ屬ス、此ノ單核細胞ハ「グリコーゲン」顆粒ヲ含ミ毎常多クノ間接分剖像ヲ示ス、斯ノ如キハ「ジンチ、ユム」ニハ見ザル所ナリ。脈絡膜上皮腫ガ其ノ周圍組織ニ對シ比較的銳利ノ界ヲ示スコトハ已ニ述ベタリ、茲ニ圓形細胞ノ浸潤ハ顯著ナルモ結締織ノ新生著シカラズ。其他腫瘍組織ガ基質組織ヲ缺キ固有ノ血管ヲ有セザルハ大ニ注目ニ價ス。癌腫ハ毎常胞巢狀造構ヲ示シ、間質結締織ト癌細胞ハ甚ダ親密ナラズ、且ツ結締織新生アリ、出血ノ傾向ハ少シ

(ニ) 退行變性　所謂脈絡膜上皮腫ノ凝固壞死ニ陷ルハ特異ナリ是レ常ニ出血ヲ伴フガ爲ナリ、腫瘍ノ中心部ニ在リテモ亦周邊部ニ在リテモ到ル所不正ニ壞死ヲ示ス(血液及腫瘍細胞成分共)然ルニ通例癌腫ニ於テハ細胞々巢ノ各中心部ニ脂肪變性粘液變性膠樣變性等ヲ來スコト多シ

(ホ) 腫瘍惡液質　所謂脈絡膜上皮腫ノ原發臟器ハ生活ニ直接重要ナル關係ヲ有

腦髓肝腎膵臓骨等ノ遠隔臓器ニ廣ク轉移結節ヲ形成ス、淋巴腺ノ轉移ハ甚ダ稀ナリ、往々内骨盤腺乃至後腹膜腺ノ轉移ト認メラレタル者組織的檢査上靜脈腔ニ發育セルヲ知ルヿ多シ、癌腫ハ浸潤性增殖ヲ爲シ、主トシテ淋巴行ニ據リ轉移シ先ツ附近淋巴腺ヲ侵襲ス、前者ノ如ク血行ニ由ルハ比較的稀ナリ、殊ニ子宮癌ノ肺轉移ハ極メテ稀有ニ屬ス

（ハ）組織的造構　所謂惡性脈絡膜上皮腫ハ一定ノ組織的造構ヲ示サズ、每常腫瘍ノ大部分ヲ占ムルハ寧ロ凝血ニシテ固有ノ細胞成分ハ僅ニ其一部ヲ形成ス、腫瘍組織ハマルシヤンノ正型者ニ在リテハ胞核原形質共ニ濃染スル多核巨大細胞即チ「ジンチ、ユム」ト核及原形質ノ淡染スル單核細胞即チ所謂ラングハンス氏層細胞之ナリ、其ノ他兩者ノ中間移行型ト認ムベキ核原形質濃染單核大細胞アリ、之レ等ノ細胞ハ互ニ不正ニ混在シ毫モ一定ノ造構ヲ示サズ、然シ概シテ「ジンチ、ユム」ハ表面ニ在リテ或ル空隙ヲ圍ム傾向ヲ示シ、腫瘍組織中ニ於テ血腔ヲ圍ム者ハ多ク「ジンチ、ユム」ニシテ所謂「ラングハンス」層細胞ハ每常集簇シ前者ヨリ被覆セラル、傾向アリ、此ノ關係ハ胎盤ニ在リテ絨毛血腔ヲ界スルト同樣ナリ、所謂違型性脈絡膜上皮腫ノ主成分ハ「ジンチ、ユム」細胞ニシテ所謂ラングハンス層細胞ヲ缺

(ハ) 轉移ハ主トシテ血行ヲ介シテ速ニ遠隔臟器ニ現レ又大循環ニ達シ全身ニ廣延シ易キモ肉腫ニ類似ス

(丙) 所謂惡性脈絡膜上皮腫ハ果シテ上皮性腫瘍ナルカ將タ亦タ結締織腫瘍ナルカ

所謂惡性脈絡膜上皮腫ノ性格ガ以上(甲、乙)ニ於テ記述セル如ク癌ニ一致セズシテ、寧ロ肉腫ニ類似スル者甚ダ多キヲ見タリ、茲ニ於テカマルシヤンノ所謂脈絡膜上皮腫ハ果シテ氏ノ唱導シ亦タ多クノ信ズル如ク眞ノ上皮性腫瘍ナルカ、將タ亦ゼンゲルノ始メ唱ヘタル如ク肉腫ノ一種トシテ結締織腫瘍ニ屬スベキヤノ問題ヲ生ジ、今尙ホ討議セラレツヽ有ルナリ。素ヨリ這種腫瘍ノ發生ヲ結締織ニ歸スル論者トテモ、今日ニ在リテハ母體子宮粘膜ノ基質結締織ニ(Saenger)乃至ハ胎兒絨毛基質ニ(Gottschalk)其起原ヲ認ムルニ非ズシテ、マルシヤンノ唱導スル如ク其ノ脈絡膜絨毛ヲ被覆スル細胞換言スレバ絨毛間血腔ヲ界スル細胞ニ起因スベキハ亦多クノ疑ヲ容レザル所ナルベシ所詮問題ハ唯ダ「ジンチヽユム」ノ起原ニアリトス、外胚葉組織ナルカ中胚葉組織ナルカ隨テ母體組織乃至胎兒ニ屬スルカ之レナリ。發育セル胎盤造構ノ複雜ナルヤ、一側母體血液ヲ通ズル絨毛間血腔ト他側胎兒

セズ、加之其發育ノ極メテ迅速ナルニモ依ルベシ癌腫ノ如ク顯著ノ惡液質ヲ呈セズ

（ヘ）再發　所謂脈絡膜上皮腫ノ再發ハ甚ダ迅速ナリ、數日ニシテ原發腫瘍以上ニ達スルコアリ、之レ主トシテ腫瘍内出血ニ因スル外觀上增大ニ過ギザルベシト雖モ增殖ノ速ナルハ癌ノ比ニ非ザルベシ

（乙）所謂惡性脈絡膜上皮腫ガ肉腫ト如何ナル點ニ於テ類似スルカ

（イ）所謂脈絡膜上皮腫ガ妊娠從テ胎盤主トシテ結締織形成ノ機會ニ於テ發生スルハ恰モ肉腫ガ外傷等ノ肉芽新生ヲ機トシテ發生スルト極メテ類似ノ關係アルヲ見ルベシ

（ロ）生殖機成熟期間ニ於ケル壯年期ニ發生スル點モ亦タ肉腫ト一致ス

（ハ）周圍組織トハ比較的整シキ境界ヲ示ス結節トシテ發育スル點

（ニ）腫瘍組織ハ發育上血管ニ附隨シ爲メニ出血シ易キ性質ヲ有スルコ乃至廣ク壞死ニ陷リ易キ等モ肉腫ニ似タリ

（ホ）所謂脈絡膜上皮腫ハ固有ノ組織的造構ヲ缺キ、其細胞ノ形狀ヨリシテ往々巨大細胞肉腫或ハ多形細胞肉腫ニ類スル像ヲ示スガ如キ

ヲ以テ被ハレザルベカラザルコト、尙ホ子宮胎盤部毛細血管及概メ妊娠子宮血管内被細胞ハ增生肥大ノ傾向アリ』等ノ理由ヲ擧ゲバンチンスチールト共ニ「ジンチ・ユム」ハ母體血管内被細胞ニ歸因スルコヲ主張シタリ、隨テマルシャンノ脈絡膜上皮腫ノ名ハ發生學上穩當ヲ缺ク者アリ胎盤内被細胞腫ト爲スノ適當ナルヲ述ベタリ、其後余ハ葡萄狀鬼胎妊娠子宮ヲ實驗シ再ビ「ジンチ、ユム」及ラングハンス層細胞ニ就テ記述シ、所謂ラングハンス層細胞ハ「ジンチ、ユム」ニ比シテ尙ホ更ニ内被細胞ニ近キ者ナルヲ認メ、脈絡膜上皮腫ヲ胎盤内被細胞腫ト爲スノ益々正當ナルヲ主張シタリ(東京醫學會雜誌第二十卷第二十一號)。今ヤ再度鬼胎及惡性「ジンチ、オーム」ノ各一例ヲ實驗シ、茲ニ三度「ジンチ、ユム」ハ母體血管内被細胞ニ因スルコヲ主張スルト同時ニ所謂惡性脈絡膜上皮腫ノ發生發育乃至其ノ性狀造構ヨリ轉移ノ狀態ニ到ル迄デ毫モ上皮性腫瘍ニ一致セズ、多クノ點ニ於テ肉腫ニ類似スル者アルヲ認メ、彼ノ正型者ニ於テ見ラルヽ「ジンチ、ユム」細胞ハ勿論、違型者ニ於テ存スル所謂ラングハンス氏層細胞ハ「ジンチ、ユム」ヨリハ更ラニ幼若ナル内被細胞ナルコト就中余ガ今回實驗セル惡性「ジンチ、オーム」ノ實質細胞ガ正違兩型ノ中間ニ在ル者トシテ益々其ノ内被細胞ヲ母組織トスベク(臨床上亦タ内被細胞腫

血液ヲ通ズル絨毛トノ中間ニ於ケル細胞層ガ、果シテ甲乙孰レニ屬スルヤ將タ又同種ナルヤ異種ナルヤ判然區別シ難キ者アルハ素ヨリ其所ナリ宜ナル哉多クノ一致セザル見解ハ今尙疑問トメ其歸着スル所ヲ知ラザルナリ、バンヲスチール及フロインド等ハ「ジンチ、ユム」ヲ母體血管内被細胞ニ歸シ、之ニ對シコスマン等ハ(又マルシヤンモ初メハ)「ジンチ、ユム」ヲ母體上皮トシラングハンス細胞層ヲ胎兒外胚葉性ニ歸セシム(勿論妊娠初期ニ於テラングハンス氏細胞層ノ胎兒外胚葉性ナルハ疑ナシ)然リト雖モ最モ多クノ研究者ハマルシヤント共ニ兩者ヲ胎兒外胚葉性ト做セリ

余ハ曩ニ妊娠及產褥子宮胎盤部ノ組織的檢查ヲ施セル成績ノ餘論トシテ「ジンチ、ユム」ノ發生ニ就テ記述セルコアリ(產科婦人科雜誌第七卷第一冊)其當時「母側脫落膜内毛細管内壁ト是レト連續セル絨毛間血腔トノ共ニ同一「ジンチ、ユム」ニ被ハレタルノ事實、並ニ此ノ「ジンチ、ユム」ガ内被細胞性ナルコハ絨毛表面「ジンチ、ユム」ノ剝離セル所ニハ凝固物ガ附着セルコ、而シテ「ジンチ、ユム」ガ恰モ内被細胞同樣血液凝固ヲ防遏スルノ性ヲ有スルコ、乃至絨毛間血腔ハ勿論母體血管ノ末梢毛細管ガ唯ダ特別ナル境遇ニ在リテ特殊ノ發育ヲ遂ゲタル者トシテ内被細胞

稿ヲ了ルニ臨ミ恩師山極教授ノ懇篤ナル指導ヲ感謝ス

圖解

第六圖板第一圖　胎盤脈絡膜絨毛片ノ肺轉移(ライツ接眼鏡第一號接物鏡第三號)

葡萄狀鬼胎例ノ肺出血竈ニシテ血腔內ニ變性セル胎盤絨毛斷片ヲ容レ、其周邊肺組織中ニ亦タ胎盤細胞ノ堆積ヲ認ム

第七圖板第二圖　惡性「ジンチ、オーム」原發竈自然大)惡性「ジンチ、オーム」例ノ子宮前壁正中ノ矢狀斷

Literatur.

Münzer, Centralbl. f. allg. Path. Bd. 13. 1902;

Veit, Handbuch d. Gynaekologie. Bd. 3;

Marx, Ziegler's Beitrage Bd. 36. 1903;

Steinert, V. A. Bd. 174. 1904;

Busse, 〃 〃 〃 〃

Pfannenstiel, Centralbl. f. allg. Path. Bd. 13. 1902;

Pick, V. A. Bd. 180. 1905;

山極博士，病理總論講義　下卷第七版;

ノ診斷アリ)、ステルンベルグ等ガ近時睾丸ニ於ケル脈絡膜上皮腫樣形成物ヲ「ペリテリアーレス」肉腫(血管內被細胞腫)ト爲ス如ク、余ハ惡性「ジンチヽオーム」ガ胎盤ニ於テ固有ノ發育ヲ遂ゲタル母體血管內被細胞ヨリ發生スル者トメ、之レヲ胎盤內被細胞腫ト名クルノ益々正當ナルヲ確信シ、結締織腫瘍ニ屬セシムベキ者ナルヲ主張ス

結論

第一　所謂惡性脈絡膜上皮腫ハ多クノ點ニ於テ癌腫ト一致セズ、其發生發育乃至腫瘍ノ性狀造構轉移ノ狀態ハ寧ロ肉腫ニ符合スルヲ見ル

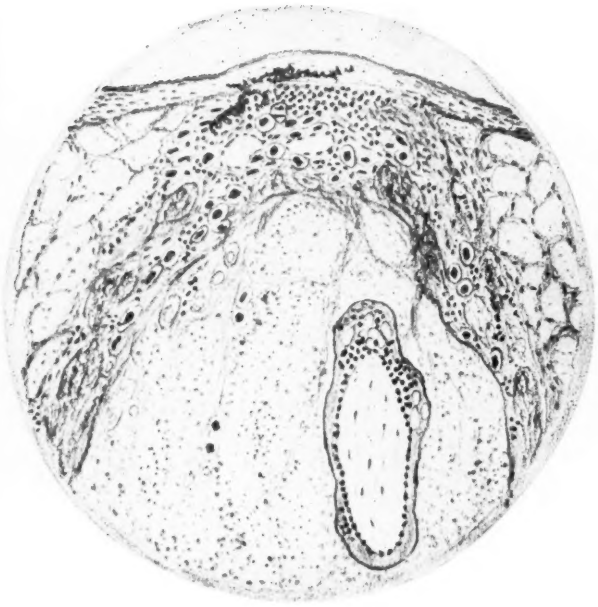
第二　次ニ所謂惡性脈絡膜上皮腫ノ發生ガ胎盤脈絡膜絨毛表面ヲ被覆スル「ジンチヽユム」及所謂ラングハンス屑細胞ニ在ルヤ多ク疑ヲ容レズ、而メ此ノ二種ノ細胞ハ余等ノ研究成績ニ依レバ母體血管內被細胞ニ歸スベク、ラングハンス屑細胞ハ「ジンチヽユム」ニ比シ更ニ普通血管內被細胞ニ近キ者ノ如シ

第三　隨テ惡性「ジンチヽオーム」ヲ脈絡膜上皮腫脈絡膜癌或ハ「ジンチヽユム」癌トシテ上皮性腫瘍ニ屬セシムルハ穩當ナラズ、結締質部類ノ腫瘍トシテ余等ノ胎盤內被細胞腫ナル名稱ノ極メテ適當ナルヲ信ズ

Taf. VI

第六圖板

Fig. 1



第一圖

Winckel, Handbuch d. Geburtshülfe Bd. II. H. 2;
Dunger, Ziegler's Beitrage Bd. 37. 1906;
Dejwitzki, V. A Bd. 178. 1904;
佐藤博士、三浦守治先生祝賀論文集
Risel, Ziegler's Beitrage Bd. 42. 1907;
Moenckeberg, V. A. Bd. 190. 1907

○肺ニ於ケル惡性混合腫瘍ノ極メテ珍奇ナル一例

(肉腫性癌腫)ニ就テ (Ueber einen aeusserst seletenen Fall—Carcino-sarcom—von der malignen Mischgeschwulst der Lunge)—

—第八—第九圖板—

東京醫科大學病理學教室ニ於テ

醫學士 貴家學而

Taf. VII

第七圖板

Fig. 2



第二圖

從來混合腫瘍又ハ雜腫瘍ノ良性ナルモノハ吾人ノ屢々遭遇スル所ナレモ兩種ノ(或ハ以上)惡性腫瘍ガ一雜腫瘍(混合腫瘍)ヲ混成スル類例ハ極メテ稀有ニ屬スフオンハンゼマンハ惡性腫瘍ノ中、癌腫ト肉腫トガ同時ニ併發シ來ル事ニ就キテ元ト身體ノ所ヲ異ニシテ此兩種ノ腫瘍ガ個々別々ニ發育存在シオルカ或ハ又此ノ二種ノ腫瘍組織ガ格別ニ發育シテ以テ一塊ノ腫瘍ヲ形成スルガ如キ者(合併腫瘍)ヲ意味セズシテ寧ロ肉腫及ビ癌腫テフ二種ノ腫瘍實質組織ガ同時ニ共同シテ以テ一塊ノ腫瘍ヲ造成スル(混合腫瘍)者アリトテ斯ル者ヲハ肉腫性癌腫ト命名セリ。尤モ以前ニモフオンハンゼマンノ謂フガ如キ肉腫性癌腫ノ意味ニ非ラザル、癌腫カ肉腫カ組織檢索上確タル診斷ノ附シ難キモノニモ假ニ Carcinoma sarcomatodes, 又ハ Carcinosarcom, Sarcoma carcinomatodes ノ名ヲ命ゼラレタルニテ淋巴隙內被細胞ヨリ起源シ肉腫樣乃至癌腫樣ノ造構ヲ呈スル淋巴內被細胞腫等モ斯カル名稱ノ許ニ報告セラレタルーナルガウイルヒヨウハ眞ノ肉腫性癌腫ト謂フ可キモノハ即ハチ癌腫ノ間質結締織ガ續發的ニ肉腫變性ヲナシタルモノトシ次ギテフオンハンゼマンハ此ヲ確證シタルナリ、本腫瘍ハ殊ニ惡性ノモノニシテ比較的若年期ニ見ルモノナリト云フ、爾來此ノウイルヒヨウ、フオンハンゼマンノ肉腫性癌腫ノ定

ノエールリッヒ、アボランノ二氏ニ依リ一般ノ注意ヲ喚起シタル甘口鼠ノ癌腫ヲバ連續的ニ甲動物ヨリ乙動物ヘト移植ヲ試ミタルニ其世代ヲ重ヌルニ隨ヒ癌腫ノ根底上ニ遂ニ肉腫ヲ新生シ來リタル間質ニ富メル囊腫性乳嘴狀腺腫性癌ニ在リテハ第十世代ニ於テ正型的肉腫性癌腫ヲ生ジ第十四世代ニ到リテハ其ノ癌腫ノ組織ハ追々ト消失シ來リテ遂ニ純紡錘形細胞肉腫ト成リ爾後第四十世代マデ引キ續キタリトイフ、又世代ヲ異ニセル三種ノ癌腫ヲ混和シテ移植セルニ第十二乃至十四世代ニ至リ生ジタル癌腫ノ間質ハ特種ニ新生シテ肉腫狀ヲ呈シ第十九世代ニテハ既ニ已デニ正型的肉腫性癌腫ヲ造リタルガ尙又細胞ニ富メル髓樣癌ヲ移植シタルニ第四十世代マデハ何等ノ變化ヲ認ムルコヲ得ザリシガ此レヨリ追々ト混合腫瘍ニ變性セルコヲ實驗セリ

倏斯ノ如ク引續キ癌腫ヲ移植スル時ハ世代ヲ重ヌルニ隨ヒ初メ生ジタル癌腫組織ノ間質ハ增殖シテ肉腫性癌腫トナリ追々ト該癌上皮細胞ハ退化消失シテ遂ニ純肉腫組織トナルニ就キテエールリッヒ、アボランハ此ノ發生ヲ說明シテ曰ク「移植セラレタル癌腫ノ發生ノ一定ノ時期ニ於テ既デニ癌ノ間質結締織內ニ伏在セル肉腫トナル可キ細胞ニ於テ癌細胞ノ直接ノ刺戟ニ由リ其ノ反應的增生機能亢

義ハ一般ニ承認セラレ而シテ晩近ニ到リ殊ニ惡性腫瘍ニ就キテハ動物試驗的研究ガハナウ、バシフオード、イユンゼン、エールリッヒ、アポラン等ニ依リテ企圖セラレ、特ニ癌腫ノ刺戟ニヨリ宿主動物結締織ヨリ肉腫ノ繼發シテ遂ニ癌腫性肉腫テフ混合腫瘍ノ生ジ得ルコハ先ヅエールリッヒニ依リテ試驗的ニ立證セラレ又ハ肉腫ト癌腫ノ兩組織ヲ人工的ニ混合シテ此ヲ動物ニ移植スルモ亦能ク混合腫瘍ヲ新生スルヲ得ル事(レーブ(一九〇六)、リーブマン(一九〇七)、バシフォード(一九〇七))ニ就キアポランノ試驗ハ實ニ一顧ヲ價ス可キモノニシテ彼レハ甘口鼠ニ防腐的ニ剔出セル肉腫ト癌腫組織ヲ乳鉢ニテ能ク粉碎シテ此ノ混和物ヲ極短時間零下〇度ノ低溫ニ保存シ此ヲ移植シタルニ殊ニ圓形細胞肉腫ニ在リテハ混和腫瘍質移植ノ當初ニハ單ニ肉腫ノ造構ヲ呈スル腫瘍ヲ發生シタルノミナレドモ七日間零下一〇度ニ貯藏シタル者ニアリテハ肉腫モ癌腫モ等シク發育シテ彼ノウィルヒョウ、フオン、ハンゼマンノ唱導セルガ如キ肉腫性癌腫ヲ新生シ氏ハ以テ單純ナル二腫瘍ヨリ一新混合腫瘍ヲ合成(Amalgamieren)セシメ得タリトナシ此レ移植前ニ低溫度ニ保存セラレタルガ爲メニ兩腫瘍ノ發生力ハ相平均シ居レルヲ以テ此ヲ混和移植スレバ正型的ノ肉腫性癌ヲ造成スルヲ得ルナリト唱ヘタリ而シテ夫

述ベンニ、

（臓器）女性生殖器ハ殊ニ混合腫瘍ニ素因ヲ有シ居ルモノニシテフオン、ハンゼマンハ此肉腫性癌腫ハ好ンデ屢々卵巣ニ來ルモノトナシリップマンハ悪性腫瘍ノ好ンデ發生スル部位ニハ恰モ肉腫性癌腫モ瀕多ニ來ルト唱導セリフオン、ハンゼマンハ食道、膣嚢咽頭、卵巣及ビ動物ノ甲狀腺等ニ各一例ヲ蒐集シタルガ余ノ集メタル範圍ニテハ胃ノ二例、食道ノ二例、上膊骨甲狀腺及ビ鼻腔ノ各一例ヲ除ク外ハ等シク皆是レ卵巣（三例）及ビ子宮（八例）輸卵管（二例）乳腺（甘口鼠雌）等ノ女性生殖器ニ關係シオルモノニシテ續イテ本業報ニ報告セラル可キ中村（舜學士ノ一例モ亦卵巣ニ發生セルモノナリト云フ（是等ハ恐ラク其發生上先天性素因ヲ須タザル可ラザル者多キニ居ランカ即チ卵巣以外臓器ノ者ト一樣ニ觀察ス可ラザル者ノ如シ）

（年齢）フオン、ハンゼマンハ本腫瘍ハ好ンデ若年ニ來ルト云フニ反シリップマンハ寧ロ老齢ニ發生スルト唱ヘオルガ余ノ見ル所ニ據レバ彼ノリップマンノ二十九歳ヲ除クノ外ハ殆ド皆四十歳以上六十歳迄ノ癌腫發生期ニ適應シ居ルナリ

（臨床的經過）ニ就キテハフオン、ハンゼマンハ格外ニ悪性ノモノトシ而モ其ノ經過ハ急激ニ進捗スルモノトセルガリンデマンノ報告セル四十六歳ノ胃ニ來レル

進シ爲メニ此細胞ヨリ肉腫ヲ生ジ一應癌細胞ト密ニ混合シテ肉腫性癌腫ヲ造レ[元]間質内ニ一ト度ビ肉腫ノ發生スルヤ此レガ爾後癌細胞ト共ニ移植セラルヽニシテモ其ノ發育增殖ニ於テハ遙カニ癌細胞ヲ凌駕スルモノナレバ世代ヲ重スルニ隨ヒ追々ト癌細胞ハ消失シテ遂ニ純肉腫ヲ新生スト」

此ノ腫瘍發生學上頗ル興味深キ事實ヲシユラーゲンハウフェル氏ハ肉腫ト癌腫トガ同時ニ一乳腺ニ來レル一例ニ就キ述ベタル際ウイルム氏說ニ基キ癌腫ノ間質ノ如キ既ニ完成シタル結締織ヨリ未熟ノ肉腫細胞ヲ發生スルコハ理解ニ苦シムナリトテ遺傳說向キニ曲解セント試ミタレドモ余ハエールリッヒ、アポランノ解說ノ寧ロ穩當ナルヲ信ズ。蓋シ從來 Carcinosarcom; Carcinoma sarcomatodes, Sarcoma carcinomatodes 等ノ名ヲ以テ報告セラレタル例證多ケレ[元]ウイルヒヨウ、フオン、ハンゼマンノ謂ヘル癌腫ノ間質ガ肉腫變性ヲ營ミタル正型的肉腫性癌腫ヲ撰出スレバ其ノ數ハ實ニ寥々タル者ニシテフオン、ハンゼマンハ高々十二乃至二十例ヲ算出シタルガリップマンハ本腫瘍ニ關シタル Monographie ニテ世界ヲ通ジ八乃至九例ヲ超ヘズトセリリップマン以後年々一二ノ例ガ報告セラレオルガ余モ本例研究ノ序ニ類似例ノ蒐集ニ務メ肉腫性癌腫ノ約廿例ヲ得タリ左ニ其ノ總括的觀察ヲ

[元]肺ニ於ケル惡性混合腫瘍ノ極メテ奇珍ナル一例(肉腫性癌腫)ニ就テ

ヲ見タル事實ハ此等ノ腫瘍ハ肉腫性癌腫ト全ク異ナレル合併腫瘍タルコノ解決ヲ與フルモノナリ、尤モ近來エールリッヒ、アポラン等ノ動物試驗成績(前揭)ニ徵シ是等ノ場合ニ於テ原發竈ニ於ケル兩腫瘍成分ノ中癌腫成分ノ發育比較的不良ナリシ結果ナリト見ルトキハ原發竈ノ組織造構ガ肉腫ト癌腫トノ雜居ヲ示ス以上ハ尙以テ混合腫瘍タルヲ得可ク隨テ原發竈ハ其混合性造構ヲ有スルト同時ニ繼發竈モ亦同樣ナル者此レヲ眞性ノ混合腫瘍ト認スベク、原發竈內甲乙兩腫瘍ノ相併ンデ存スルモ然カシ甲乙ノ領域判然タル者ヲ純然タル合併腫瘍ト名ク可ク原發竈ハ眞ノ雜居的造構ナレドモ轉移竈ハ純肉腫性ナラバ尙以テ混合腫瘍ニ算入ス可ク反之原發竈ノ間質細胞ノ增殖旺盛ニシテ一見肉腫ト稱ス可キモノナルニモセヨ轉移竈ガ純然タル癌腫性ナル時ハ以テ混合腫瘍ト云フ可カラズ

(肉腫性癌腫ニ於ケル肉腫ノ種類)ハ局所母組織ノ種類ニ由リ一樣ナラズト雖モ以上ノ類例ニ徵スルニ大紡錘狀細胞肉腫カ又ハ大圓形細胞肉腫又ハ諸種ノ細胞ノ混合肉腫ニシテ或ハ此等ノ內ニ巨態細胞ヲ包有セルアリ又無キモノアリテ一定セザレドモ就中紡錘狀細胞肉腫ハ瀕度ニ於テ圓形細胞ニ優レルモ併シ何レノ例ニ於テモ小圓形細胞肉腫ヲ見ズ

一例ノ如キハ病徴表ハレテヨリ十ケ月後ニ早ヤ死ノ轉歸ヲトレリトイフ一般ニ癌腫内ニ一朝繼發的ニ此肉腫ヲ生ズル時ハ腫瘍ノ發育ノ經過ハ頗ル迅速トナルヿハ特ニ注意ヲ要スル所ナリトス

（轉移ノ種類）此ノ腫瘍ハ前揭ノ如ク惡性ナリ必ズヤ轉移ナカル可ラズフオン、ハンゼマンハ此ノ肉腫性癌腫ノ際腫瘍ノ轉移ニハ種々アリテ其多クハ原發竈ニ於ケルガ如ク肉腫ト癌腫ノ混合轉移ナルガ時トシテハ純癌腫性ナルカ又ハ純肉腫性ナルアリトシリップマンハ卵巢ノ一例ニ於テ此混合轉移ト純肉腫性轉移ヲ見又リンデマンハ胃ノ一例ニ於テハ總テノ轉移ハ皆原發竈ト同ジ造構ヲ有スル混合性ノモノナリトノ報告ニ明ナルガ如クフオン、ハンゼマン、ウイルヒヨウノ謂フ正型ノ肉腫性癌腫ニ於テハ必ズヤ此混合性ノ轉移ノ存在ヲ要スルモノニシテ此ノ點ハ即チ癌腫ト肉腫ノ偶然同ジ臟器ニ併發セル合併腫瘍ト正型的肉腫性癌腫トヲ明カニ區別スル所ニシテ合併腫瘍ニ在リテハ常ニ純肉腫性又純癌腫性ノ者ニシテ何處ニモ混合性轉移ヲ見ズ此ヲ實例ニ徵スルニシエラーゲンハウフエルノ乳腺腫瘍ノ淋巴腺轉移ハ何レモ純肉腫性又ハ純癌腫性ナリ其他イワノフ、リッテル、シユモル、ウーリー、ウエスブルッエニーノ類例ニ在リテ何レモ純肉腫性轉移

ノ儘貯藏セラレタルモノニシテ山極敎授ノ命ニ依リ此ガ診斷ヲ附ス可ク截取セル切片ニ就キ檢査セルニ肺部ヨリノ癌腫性肉腫ト腫脹セル淋巴腺ヨリノモノト其造構ニ於テ雲泥ノ差アルヲ認メ且肉腫樣像ヲ呈セル淋巴腺組織內ニ一種異樣ナル二三ノ細胞ノ混在セルヲ見タル時余自ラモ同時ニ取扱ヘル多數ノ標本中ノ一ト此ヲ取違ヘタルニ非ズヤト疑惑シ敎授モ一見此ヲ奇トセラレテ再調査ヲ不肖余ニ委テラレタル者ニ係ハリ余ノ寡聞ナル未ダ吾ガ國ノ文獻ニ此種ノ肉腫性癌腫ノ報告アリシヲ聞カズ而モ肺臟ニ斯ルモノ、アリタル實例ハ泰西ノ史乘ニスラ見ルコヲ得ズ實ニヤ Unicum トモ謂ツ可キモノナレバ玆ニ是ヲ公ニスルコトシヌ

○肉眼的觀察

腫瘍ハ「フオルモール」ミユルレル氏液固定後「アルコール」ヲ以テ所置貯藏セラレタルモノ且ツ其所屬不明ナレバ病理解剖的及ビ臨床的記載ヲ缺クヲ遺憾トスレモ先ヅ肉眼的ニ尙認メ得ル性狀ヲ記ス可シ

(イ)本腫瘍ハ其ノ周圍ノ關係ヨリ判斷スルニ左側肺ニ位置ヲ占ムルモノナルガ前額斷ニテ前後兩半ニ分レタルモノニシテ肋骨橫縱隔膜ト癒着セル前半ヲ余ハ今

終リニ本腫瘍ニ於テ肉腫ト癌腫トガ極密接ニ混在シオル發生論ニ就キ諸說ヲ總括スレバ左ノ如シ

(一)生理的連續ヨリ離斷セラレタル迷芽ヨリ發生スル(ウイルム氏說)―クエツケンステツト氏ノ例―

(二)原發癌腫ノ間質ガ肉腫變性ヲナセル(ウイルヒヨウ、フオン、バンゼマン氏說)―リツプマン氏ノ例

(三)原發肉腫ニ因リ上皮細胞ガ刺戟ヲ蒙リ癌變性ヲ爲セル(ゼールト、フランク氏ノ例)

(四)上皮細胞ト結締織細胞トガ同時ニ增殖性刺戟ニ據リ違型的發生ヲ爲セル(ミツヘルゾーン、フレンケル氏說)―リンデマン―ネベスキーノ例―

モノナルガ殊ニ(四)ニ於テハ其ノ轉移竈ニ於ケル總テハ皆原發竈ト同ジク混合性ノ者ニシテ肉腫ト癌腫トガ相提携シテ密ニ存在スル者ナルヲ以テ必ズヤ兩者ハ同時ニ同ジ刺戟ヲ受ケテ共ニ增殖シタルモノナル可シト謂ヘリ

第貳　實驗例

本材料ハ本年三月中標本室整理ノ際發見シタル一種ノ肺腫瘍トシテ診斷不明

ハ徒ニ上葉ノ大半ヲ占領セルノミナラズ肺ノ下葉ヲ除キ殆ンド全般ニ亘リ固ク纖維性ニ癒着シ而モ數仙米ノ厚サヲ有スル肺胸及肋胸膜ニ移行シ茲ニハ同質様緻密ナル(肺ニ於ケル網條部ニ一致セル)腫瘍ヲ表ハシ肋間ヨリ外方ニ圓球狀ニ膨隆シ胸部諸筋肉ニ浸潤發育セルハ勿論多數ノ助骨ヲモ腫瘍ノ内ニ包埋シ肋骨ノ或ル者ハ内外ヨリ侵蝕セラレ爲メニ脆弱折レ易クナリ甚シキニ至リテハ全ク腫瘍ト其地位ヲ換ヘ骨ハ僅カニ其斷片ヲ存スルノミナルモノアリ前縱隔膜方面ヘモ腫瘍ハ著シク發育侵入シ前縱隔膜淋巴腺ハ小ハ大豆大ヨリ大ハ鳩卵大ニ達シ同質様緻密ニ腫脹シ居ルヲ見タルガ此ニ近接スル心囊トハ全ク輕ク癒着シ居ルノミナリ總テ此肥厚セル胸膜腫脹セル淋巴腺(殊ニ大ナル)ニ於テハ何レモ一見平等同質様ナルガ如キモ熟視スル時ハ内ニ線狀斑點狀乃至網狀ヲ呈スル大小種々ノ脆弱粗雜ナル組織ガ散在シ而モ兩者ノ區劃ハ肺臟ニ於ケルモノヨリ遙カニ著シ小淋巴腺ニテハ殆ンド全ク髓様同質ニシテ此ノ線狀點狀網狀脆弱組織ノ存在ヲ認メズ主腫瘍ニ近接セル數多ノ腫瘍結節ハ兩腫瘍成分ヲ包含シ胞巢ノ中央部ニハ顯著ナル軟化ヲ示ス

(ハ)肺組織、下葉ハ全ク無氣狀態ナルガ殘存セル肺尖ハ一般ニ氣腫狀ニ膨隆ス尙

眼前ニ見ル左肺ノ容積ハ著シク小ナリ略小兒頭大ノ腫瘍塊ハ左肺ノ全上葉ヲ占領シ此ガ爲メニ下葉ハ強度ノ壓迫ヲ蒙リ無氣狀態トナレル極僅カニ細長ナル附屬物ナルカノ如ク存ス此ノ主腫瘍ニ接シ尙數多ノ鵝卵大ニ到ル迄ノ副腫瘍ヲ認ム、

(ロ)腫瘍ノ性狀　腫瘍ハ大部分軟化ニ陷リ汚黃灰白乃至汚褐色ノ頽廢物ニ變ジ其中央部ニ於テハ物質缺損ノ爲メニ境界不規則ナル空洞ヲ示シ又腫瘍周緣部ノ健在層ト周圍ノ肺組織トハ可成リ明ニ區劃セラレ而モ前者ハ肺組織ノ如ク海綿樣ノ造構ヲ存シ沈着セル炭色素顆粒ニヨリ石盤色ヲ呈ス更ニ注意ス可キハ腫瘍ガ肉眼的ニモ二種ノ全ク異ナレル性狀ヲ有スル實質ヨリ成ルカノ如キ一是ナリ即チ(一)全ク同質性ニ見ユル灰白色ノ條索ハ殊ニ氣管支及血管ノ周圍ヨリ分岐シテ細大粗密種々ノ條網ヲ形リ胞巢狀ヲ表ハシ(二)網眼ハ全ク此レト異ナレル灰白黃色ニメ著シク頽癈シ溷濁セル脆弱ナル物質ヲ以テ密ニ充塡セラル而シテ此ノ二樣ノ組織ハ腫瘍ノ部位ヲ異ニスルニヨリ其ノ數量的關係モ一樣ナラザレドモ相互ニ急峻ニ限界セラレオル一目瞭然ナリ後ニ至リ彼ノ同質樣ニ見エタル緻密ノ組織ハ肉腫ニ一致シ此灰白黃色脆弱物質ハ癌腫ニ適合スルコトヲ知レリ腫瘍

ル赤染小點數多散在スルヲ見ル尙切片ノ中心側三分ノ一ニ於テ組織ハ此處彼所ニ散在性ニ淡赤半透明竈ヲ有スル外ニ尙ホ暗紫赤染帶ニヨリ鋭キ境界ヲ以テ圍繞セラレ居ル有孔性組織ノ斑點トアリテ雜然混所ス

(弱及強擴大觀察)—(イ)切片ノ表面ニ近ク多分ハ肋間筋ナル可キ筋層アリテ筋纖維ハ何レモ萎縮細小トナリ其橫斷面ハ強ク光線ヲ屈折セル暗赤色小圓盤トシテ或ハ疎ニ或ハ密ニ集團ヲ作リ殆ンド全ク細胞ニ富ム腫瘍組織ニ由リ深ク浸潤セラレ所々筋周圍ノ結締織ハ水腫樣浸潤乃至粘液性變性ニ陷レル所モアリ此ノ內方ニ接續セル腫瘍組織ハ甚ダ緻密ニシテ細胞ニ富ミ內ニ前記肋間筋索動靜脈枝等包埋セラレ結締織纖維ハ極細條索トシ殘存シ又靜脈管壁ハ全層殆ンド腫瘍ノ浸潤ヲ免ガルヽコト能ハザルモ管壁厚キ動脈ハ唯外膜ニ於テノミ脈管周圍淋巴隙內ニ細長ナル細胞索ヲ以テ充塡シ橫斷面上極小血管ノ或ル者ニ在リテハ腫瘍細胞ハ外膜ニ於テ血管腔ヲ中心トシテ放線狀ニ排列シテ恰モ血管肉腫ノ觀ヲ呈スル所アリ靜脈ニ於テハ管壁ノ全層ヲ犯シテ管腔ヲ充塡シテ腫瘍細胞血栓ヲ形成シ動脈ニ於テハ壁彈力纖維ハ尙健態ニ近キモ靜脈壁ノモノハ斷裂セラレ居ルヲ見ル、尙所々透明ナル圓形空隙ノ孤在性又集團性ニ存在シ彈力纖維ノ細索ノ同方向

ホ炭末沈着アリ氣管支及血管周圍ノ結締織ハ強ク增殖肥厚シテ割面ヨリ僅カ突
窪セル小點トシテ存ス其他ニ特種ノ病竈ヲ認メズ

○顯微鏡的觀察

第一切片

主腫瘍ガ肋骨ヲ包埋浸蝕シ胸膜ハ肥厚シ同質性髓樣トナレル所ニ(腫瘍ノ中央ニ向ヒ)施セル鉛直斷々面組織片ニツキ石灰ヲ奪却シテ後此レヲ「ツエロイデイン」ニ浸漬シ二〇「ミクロン」ノ切片トナシ「ヘマトキシリン、エオジン」重複染色或ハワン、ギーソン、ワイゲルト氏染色ニ「カルミン」ノ前染色ヲ兼ネ其他諸種ノ染色法ヲ試ミタルモノ——

(肉眼的及ルーペ廓大)——腫瘍ノ表面側ノ肥厚セル肉腫樣ニ見エタル三分一位ハ殊ニ暗紫赤染シ(「ヘマトキシリン」「エオジン」標本)平等緻密ニシテ內ニ二三ノ橫斷セラレタル血管端ヲ認メラル次ニ切片ノ中間三分ノ一ノ部分ニ於テハ前者ニ比シ組織著シク粗鬆ニシテ弱赤染セル細微ノ條索ヨリ成ル條網及其網眼內ニ包含セラル、如上ノ緻密ナル暗紫赤染質トヨリ組成セラレタ明カニ胞巢狀像ヲ呈シ此ノ細微ナル索條內ニハ肉眼的ニモ其大サ帽針頭ニ達スル特ニ強ク光線ヲ屈折セ

——肺ニ於ケル惡性混合腫瘍ノ極メテ珍奇ナル一例(肉腫性癌腫)ニ就テ——

纖維トナリ各細胞間又ハ細胞群ノ間ニ入リ殊ニ切片ニ裂隙ノ生ゼル所ニ於テハ個々ノ腫瘍細胞ガ此細纖維ニ密ニ固ク膠着シ居ルコト稻穗ヲ見ルガ如キ狀ハ一見腫瘍ノ間質ト實質細胞トハ肉腫ニ固有ナル者アリ其細胞ノ性狀ヨリスレバ「多形性圓形細胞肉腫」ニシテ少數ノ巨態細胞ヲ有スル型ノ腫瘍ナルコヲ斷定シ得ルナリ此間質ヲワンギーソン氏染色標本ニテ檢スレバ等シク細胞間細纖維トイフモノハ二樣ノ染色ヲ呈シ「フクシン」ノ色ヲ取リテ鮮紅色ニ染ムモノト帶黃赤乃至淡褐色ニ染ムモノトヲ明カニ區別スルコヲ得タルガ是ニ就キテハ後段記載スル所アル可シ

尙此部ノ腫瘍實質內ニハ「エオヂン」ノ色ヲトリ暗赤染セル不正形ノ小片散點シ(弧在性又ハ集團性)ワンギーソン氏染色ニテハ帶黃赤乃至淡褐色ヲトルモノアリ此詳細ナル記載モ後段ニ讓ルトセン

(ロ)次ニ切片中肉眼的ニモ胞巢狀ヲナシ粗鬆ニ見エタル中間部三分ノ一ノ所ニ於テハ其顯微鏡像甚ダ奇觀ヲ呈シ弱廓大ニテ檢スルニ腫瘍組織ハ此部ニ於テハ二樣ノ型ヲ有シ兩種ノ組織ハ不規則ナレドモ一定ノ排列ヲ以テ交錯シ雜然混所ス—即チ組織ハ(一)淡赤染セル細太小大種々ノ細胞索條細胞列等ガ或ハ縱斷又ハ橫

ニ走行セル像ハ検者ヲシテ既存ノ胸膜及胸膜下脂肪組織タルヤヲ想ハシム(腫瘍組織)、廓大ヲ強フシテ見ルニ腫瘍ハ實質細胞ト稀少ナル間質トヨリナリ兩者ノ關係親密ニシテ到處平等ノ造構ヲ存ス、腫瘍細胞ノ形多クハ圓形或ハ橢圓形ナレド諸所棍棒狀乃至塲所ニヨリ相壓迫シテ多角形ヲナシ其大サモ亦頗ル不等ニシテ主ナル者ハ白血球ニ數倍シ生理的肝細胞ニ達スル者又諸所巨態多核細胞ヲ混ジ居リテ多形多樣ナリ一般ニ細胞體ニ比シ細胞核ハ著シク大ナリ「プロトプラスマ」ハ顆粒ニ富ミ「エオジン」ニヨリテ濃染暗赤色ニ見ユルガ細胞膜ノ境界不明ニシテ相粘着セルガ如ク甚ダ大ナル核ノ形細胞體ニ適シ多クハ正圓乃至橢圓形ナルモ諸所不正ニ界セラル、核モアリ殆ンド皆單核ナレド往々二三ノ小核ヲ容ル、者アリ核ハ染色質ニ富ミ「ヘマトキシリン」ニ依リ濃染シ核膜不明、核仁モ認メ難ク多數ノ正型的核分剖像アリ而レド亦同時ニ核ノ膨大シ染色淡キ者又反對ニ暗紫色汚染セル者又核染色質ノ滴狀ニ崩壞セルモノ、空胞ヲ生ゼルモノ又其形不正トナリテ Pikmose ヲナセル者等吾人ガ惡性腫瘍内ニ見ルガ如キ核ノ退行變性狀態ニモ遭遇ス間質ノ性狀ヲ窺フニ腫瘍實質細胞ト間質トノ關係ハ全ク親密ニメ纖維性結綴織ノ太キ索條ヨリ再三再四分岐セル纖維ハ遂ニ微細ナル細胞間小

容レ多クハ圓形橢圓形ナレ𪜈形ノ不整ナルモノ又特ニ濃汚染セルモノ空胞ヲ生ゼルモノ染色體ノ斷片トナレル者等アリ殊ニ細胞ノ健在ナル所ニ在リテハ正型又違型多極性分剖像ヲ見ルコヲ得タルガ細胞索ハ中央ニ管腔樣ノ空隙ヲ圍マズ又癌珠トモ思ハル可キモノヲ有セズト雖モ以上ノ特性ニ由リ該種腫瘍ハ明ニ扁平上皮性腫瘍ニシテ癌腫ニ屬ス可キモノナルヤ疑ナシ

(ハ)切片ノ內側三分ノ一ニ於テハ其像大體ニ於テ中間三分ノ一ニ類スレドモ組織殆ンド皆ナ壞死ニ陷リテ造構不明ナレドモ尙實質ニ二樣アルヲ識別シ得タリ直チニ癌細胞索ヲ界スル結締織ハ細胞ニ乏シク纖維ニ富ミ此レガ肉腫ト癌腫ニ對スル關係ハ全ク異ナリテ癌束ニ對シテハ關係疎ニシテ其間ニ人工的ニ細隙ヲ生ジタル程ナレドモ肉腫側ヘハ前記ノ如ク極密接ノ狀態ニ在ルモノニシテ此ノ狀態ハワン、ギーソン氏染色法ニ據リ最モ明カニ知ルコヲ得而シテ茲ニ特別ノ記載ヲ要スルハ斯ル結締織ノ殊ニ饒多ニ存在セル內ニ倜ニ肉眼的ニモ赤染セル小斑點トシテ見エタル物質ナリ此ハ「ヘマトキシリン」「エオヂン」重複染色ニテハ帶紫暗赤色ニ染ミワン、ギーソンニヨリ帶黃赤色乃至「フクシン」ノ色ヲトリ美シク赤染シソイゲルト氏彈力纖維染色法ニ由リ灰白青色ニ汚染ス此レ遺殘肋骨組織ノ石灰

斷セラレテ不規則ナル網狀ニ結合セルモノト(二)由リテ生ジタル網眼内ニ充塡セル紫赤染セル細胞ニ富メル緻密組織トヨリ成リ兩組織間ニハ恰モ淡赤染細胞索ノ基膜ノ如ク見ユル薄キ結締織膜アリテ全ク鋭利ニ界サレ居ルコト頗ル著明ニシテ同上緻密ノ組織ハ總テノ點ニ於テ前記(イ)ノ多形性圓形細胞肉腫ノ其レニ一致シ兩者ヲ分界スル結締織膜ヨリ分派岐出セル細徹ノ細胞間小纖維トモ全ク親密ナル關係ニ在リ而ルニ淡赤染細胞列及索條ハ前者ト總テノ性狀ヲ異ニシ一見既ニ他ノ異種ノ細胞ナルヲ想ハシム而シテ此ハ變性ニ傾キ易キカ大部分ハ既デニ已デニ退行變性ニ陷リテ精細ナル性質ヲ窺知スルコト能ハザルモ尙健態ニ在ル部分ニテ見ルニ諸種淡赤染細胞索ノ腫瘍細胞ハ多角多形性ニシテ又ハ全ク扁平又ハ細長形ヲナシ大小不等ナレドモ前記肉腫細胞ニ比シテ二乃至三倍モ大ナル胞狀透明ナル「プロトプラス」ヲ有シ又中ニ一乃至二―五―六ノ核ヲ有スル巨態細胞ヲ混ズ個々ノ細胞ハ明カナル細胞膜ニヨリ界セラレオレドモ精檢スルモ棘狀小突起ヲ認メズ細胞ハ「エオヂン」ニ由リ或ル者ハ全ク淡ク、或者ハ暗黃赤染シ殊ニ細胞體ノ兩端ハ長ク細長ニ終ハルモノハ一定ノ方向ヲトリテ細胞ノ索狀ニ集圍スル場合ニ然リ核ハ染色質ニ乏シク胞狀ニシテ大中ニ赤染セル一二ノ核仁ヲ

骨斷片ノ過半ハ周邊皆半圓形凹窩ノホーシップ氏窩ニ類スルヲ示シ(イ)少數ハ殊ニ長形ノ者ニ在リテ一側ニ如上(イ)ト署ホ同大ノ凹窩ヲ具ヘ他側ハ直線ニ近ク平等ニ限界セラレ(ロ)既ニ甚シク侵蝕セラレタル者ハ或ハ中央空洞ヲ圍メル細狹ノ骨組織殘片ノ堤狀物トシテ或ハ珊瑚樹狀物トメ僅カニ骨組織ノ痕跡ヲ存スル而シテ何レモ周圍腫瘍組織ト明カニ區劃セラレ人工的ニ全ク周圍ヨリ離斷セラレ相互間裂溝ノ横ハレル者少ナカラズ例ヘ一見骨片ノ一端或ハ一側周圍間質結締織ニ移行スルガ如キ觀アル所ト雖モ强腐大下ニテ精査スルトキハ兩者間全ク斷絶シ居ルヲ認ム可シ(イ)(ロ)ノ周邊陷凹ノ中ニ就キ其ノ生ジテ後時ヲ經ルヿ久敷ト思ハルヽ者ハ全ク骨髓ホウシップ氏窩内ニ於ケル如ク細胞ヲ以テ充塡セラル但シ茲ニハ巨態細胞夫ノ髓板樣ノ多核巨態細胞ハ殆ンド之レヲ發見セス主トメ肉腫細胞ヲ容ル甚ダ稀ニ癌腫細胞ヲモ見ラル可シ最モ窩ニシテ已ニ著シキ大サニ達スルトキハ内ニ小癌胞巢ヲモ含包シ又窩ヲ生ジツヽアル階級ニ在ル者ニテハ眞ノ空隙ヲ見ル代リニ其所ニ骨(尙石灰鹽ノ吸收セラザリシ骨)組織ニ對シ暗紫色線ニヨリ半圓形ニ界セラレタル部ヲ存シ此レガ周圍ノ腫瘍組織ニ向ヒ糢糊トシテ消失スル無造構同質ノ硝子樣物質(ノ往々極微顆粒トナルアリ)ヲ以テ塡塞サレアルヲ

奪却不充分ナルモノニ外ナラズ即チ此等小體ノ形ハ頗ル不正ニメ長短大小一樣ナラズ或ハ直線ヲ畫ケル彎曲セルモノ或ハ圓形橢圓形乃至三角形ヲナセル者其邊緣ハ或ハ棘狀乃至鋸齒樣突起ト隙窩（ラクネ）或ハ截痕（インチズラ）等ガ相互ニ參差シ此小體內ニハハーベル氏管ノ橫斷面アリ內被細胞ヲ以テ被覆セラレ染色不良ナル同質性壞死物質ヲ含包セリ此空隙ヲ中心トシテ周圍ニ規則正シク輪狀ニ配列セル强ク光線ヲ屈折スル輪紋アリテ此ノ紋線ニ沿ヒ長軸ヲ此ニ平行シテ橫ハレル蜘蛛手狀骨小體ヲ認ムルガ此小體ノ內容ハ或ハ全ク湮滅シテ唯空隙トシテカ或ハ又極小好染セル核ヲ有スルモノアルガ畢竟斯ク見ユル物質ノ腫瘍組織內ニ殘留セル肋骨斷片ナルヲ想ハシムルナリ

（ニ）骨斷片ト周圍トノ關係此關係ヲ精細ニ研究スルニハ即ガテハ此骨組織ノ存在ノ意義ヲ明カニスルモノニシテ果シテ腫瘍ノ浸潤ニ依リ起レル營養障害ニ次ギ漸次吸收消失ノ途ニ在ルモノカ或ハ惡性腫瘍內ニ於ケル間質結締織ガ骨組織ニ化生シツヽアルモノカ換言スレバ既存骨組織ノ退行變性ヲ呈スルモノカ或ハ進行性病機ニヨリ新生サレタルモノカハ本例腫瘍發生母地檢索上ニモ精細ニ研究スルノ要アル可シ

上記兩樣ノ方法「即チ骨小體内ニ於ケル腫瘍細胞ノ進入」及「腫瘍細胞ノ行列」ニ依リテ骨質漸次吸收セラルヽヤ其所ニ癌胞巢ノ忽チ發生セザル限リ肉腫細胞ノ增殖ト同時ニ所ニヨリテハ可ナリ著シキ結締織網或ハ索ノ新生ヲ來タス而シテ此新生ニ對シ吸收セラレタル骨基質ハ材料ヲ給スルニ非ズヤト思ハル即チ殊ニ夫ノ平坦側ニ於テハ暗紫色線及硝子樣質層ガ骨ノ方ニ進ムト正比例ニ殖ンド此レト持續的ニ(强鏡下然シ必ラズ分界線ノ存スルヲ見ル)骨ノ長軸ニ平行セル結締織索或ハ網ノ新生アルヲ見ル可シ又一旦生ジタル結締織ノ粘液樣疎鬆ト成リシ者アリ。過半ハ比較的粗剛ニシテ纖維性ニ乏シキ結締織ノ性狀ハ實際甚ダ骨基質ニ類シ弱廓大下ニテハ骨基質ノ直チニ腫瘍間質ト成レルニ非ズヤト疑ハシムル程ナリ(普通纖維性結締織内肉腫進入ノ場合ニ於テハ常ニ然リ而シテ一旦骨組織トナレル者ハ肉腫侵入ニヨリ類敗消失スル者多ク纖維性結締織ニ化生シテ直ニ肉腫間質ト成ル者殆ンド之レ無キガ如シ)

以上詳細ノ記述ヲ試ミタルガ如ク骨斷片ハ凡テ吸收ノ途上ニ在ルモノニテ所トシテ新生ノ像ヲ示サズ骨生形細胞ノ並列—類骨組織ノ新生。—肉芽細胞—類骨組織ニ近カキ緻密ナル結締織—類骨組織—骨組織等ノ序列ヲ認メズ

目撃ス可シ而シテ其ノ中心ニ通例一二ノ肉腫細胞ヲ存スルヲ以テ恰カモ新ニ成リシ類骨組織ナルガ如ク思ハルレドモ其ノ半圓形暗紫染ノ限界ヲ示スヿ周圍ニ向ツテ顆粒狀ヲナシテ消失スル邊ニハ特ニ骨成形樣細胞ノ整列ナキ等ニ徵シ又ハ此硝子樣同質物ノ追々吸收セラレテ上記ノ窩ノ發生スルノ狀明カナルトニ據リ勿論其ノ窩狀骨吸收ノ前階級ナルヤ疑無シトス(ロ)ノ如キ一側平面ヲ呈スル所ニ於テモ強廓大下ニ明カニ此硝子樣無造構同質物ガ猶ホ浪打際ノ平砂ガ海濱ノ陸ト水トノ境ヲ爲スガ如ク骨ト周圍結締織トノ間ニ在リテ骨ニ對シ暗紫色線ニヨリ界セラレ周圍ニ向フテハ糢糊トメ消失スルヿ窩ノ初期ニ於ケルト同樣ナリ。諸骨斷片ノ窩ノ大小新舊種々ナルモノヲ比較觀察スル時ハ窩ノ發生ハ全ク骨小體內骨細胞ノ死滅ニ歸シ其地位ハ即ガテ進入セル一二腫瘍細胞ニ由リテ占領セラルヽニ始マリ(第八圖板第一圖)進入細胞ヲ中心トシテ四方ニ石灰ノ溶解吸收行ハレ又骨基質ノ膜葉乃至蜘蛛手狀造構已ニ消失シ基質ハ遂ニ夫ノ將來ノ窩內ニ於ケル無造構硝子樣物質ニ變ズルニ由來スル者ノ如シ反之平坦側ニ於テハ各骨小體內ニ腫瘍細胞ハ進入セザレモ盛ンニ增殖セル腫瘍殊ニ肉腫細胞列ハ平坦側ニ於テ一樣ニ石灰鹽ノ溶融吸收ヲ催起スル者ト見ユ、

――肺ニ於ケル惡性混合腫瘍ノ極メテ珍奇ナル一例(肉腫性癌腫)ニ就テ――

此第一切片ハ肺組織ヲ含マズ從ヲ原發竈ノ狀態ヲ詳ニスルヿ能ハズ故ニ余ハ肋骨ニ於ケル腫瘍ガ正型的肉腫性癌腫ノ像ヲ呈スルヿヲ證明シ得タルモ、是ヲ以テ直ニ原發竈ニ於テ既ニ存シタル正型的肉腫性癌腫ガ混合轉移ヲ生ジタルモノナルカ又ハ肉腫ハ骨膜、骨、胸膜等ニ於テ繼發セル者ナルカヲ知ラズ茲ニ於テ余ハ肺自個ニ於ケル腫瘍(ノ他ノ部)及ビ諸轉移又數多ノ淋巴腺轉移ニ就キテ多數ノ切片ヲ作成シ檢索セリ

第二切片—肺自個ニ於ケル腫瘍

(肉眼的及ルーペ、廓大)—第一切片ノ如ク處理シ檢スルニ縱隔膜ニ面スル胸膜ハ肼胝狀ニ肥厚シ此レニ近接セル肺組織ハ一般ニ或ハ實性トナレルアリ或ハ海綿狀ナルアリ「ヘマトキシリン」エオヂン」重複染法ニヨリテ美シク紫赤染シ中ニ種々ノ大サノ暗紫乃至暗赤ニ汚染シ不規則ナル境界ヲ以テ明カニ健態組織ト區劃セラレ居ル限局性壞死竈アリ此所モ爾他健態部ト同ジク海綿狀造構ヲ呈ス

(弱及強廓大)—(イ)肺組織ハ殆ンド全ク消失シテ腫瘍ニ變ジ肥厚セル肺胸膜ハ強靭緻密ニシテ彈力纖維ニ富ム瘢痕樣結締織ニ變ジオルガ殘存セル肺實質ハ壓迫無氣狀態ニ在レモ所々寧ロ氣腫狀ニ膨大シ居ルモノアリ

此レヲ綜合シテ考フルニ第一切片ニ於テ注目スベキ點ハ上皮性腫瘍ト肉腫性腫瘍組織トガ極々親密ニ混在シ居ルコトニメ上皮細胞束又ハ索條ハ相結合シテ不規則ナル網狀ノ胞巢ヲ成シ其間即網眼ハ肉腫組織之レヲ充塡ス就中癌組織ハ斯ク網狀細胞索ヲナシ肉腫トノ界トシテ基膜樣基質ヲ存シ尙多數ノ骨組織斷片ノ存スルニ徵シ肋骨內ニ侵入セル癌ガ骨組織ノハーベル氏小管ノ毛細管小血管々腔ヲ介シ蔓延シタル者ト解釋スベク恰モ肺胞內陰窒海綿體內ニ於ケル癌ノ發育ニ比スベク亦一種ノ「オルガンミミクリー」ト謂フ可シ而シテ之レヲ圍繞スル肉腫組織ハ其ノ全量ニ於テ癌腫組織ヲ凌ギ居ルコトハ必スヤ營養機ノ癌腫ニ於ケルヨリ豐饒ナルガ爲メニ來ル增殖力ノヨリ旺盛ナルヲ示說スルモノニシテ大多數ノ癌束癌胞巢ハ旣ニ已ニ壞死ニ陷レルニ反シ肉腫組織ハ到所殆ンド健態ニ止マリ唯々腫瘍ノ中心側ニ於テハ一般凝固壞死ニ陷レリ(此肉腫モ癌腫ト共ニ轉移性ナルヤ否ヤハ後章ニ說クベシ)殊ニ切片ノ一端健態ニ止マレル腫瘍部ニアリテハ明カニ癌胞巢ガ肉腫性ノ間質ニヨリテ圍繞セラレテ規則正シキ混合腫瘍ノ像ヲ呈スレトモ癌胞巢周圍結締織膜ハ破壞セラレ該部ノ癌細胞ハ加之モ小形トナリテ各塲合ニハ弱廓大下ニテハ肉腫トノ別判然タラザルモノアリ

胞ニヨリテ肺胞壁小葉間質ノ肥厚シ肺胞ハ不規則大小不同ノ網眼即チ肺胞腔トメ存スルアリ此等肺胞ハ隔壁内肉腫組織ノ増殖旺盛ナルガ爲メニ壓迫ヲ蒙ムリテ低圓柱狀上皮細胞ノ單層ヲ以テ被覆セラル、細隙乃至小腔トナリ殊ニ小氣管支ニ在リテハ其ノ斷面ハ恰モ花環狀像ヲ呈シ尙所々氣腫狀ニ膨大セル肺胞ハ大ナル空隙トシテ存シ尋常大ナル肺胞ト共ニ無造構顆粒狀凝固質ヲ容ル其他肺腫瘍結節ノ殆ンド總テニ於テ肉腫組織ノ數量遙カニ癌組織ニ優リオルコトハ第一切片ニ於ケルト同樣ニシテ頗ル著明ナルガ肺胞壁ヲ浸潤セル肉腫細胞ハ進ンデハ肺胞内ハ勿論氣管小枝氣管支壁大小血管壁ヲ全ク浸潤シテ遂ニ管腔内ニ入リ此ヲ全ク杜塞充塡シ居レルモノアリ

要之肺ニ於ケル腫瘍竈ハ大體ニ於テ三樣ニ區別スルコヲ得タリ即チ

(一)癌胞巢ハ肉腫性間質ニヨリ圍繞セラレ居ルモノ(主腫瘍ラシ)

(二)純癌腫性ニメ間質ハ唯圓形細胞浸潤ノアル結締織ナルモノ(繼發?)

(三)純肉腫性ノモノ(繼發?)

等ノ諸像ハ一視野中ニモ雜然トシテ混在シ總テノ場所ニ於テ數量的差異ハアルナレ此等ノ者ハ互ニ相移行シ居ルコト著明ナルガ併シ廣汎性ニ純肉腫性ノ實質

（ロ）腫瘍細繊ハ強廓大下ニテ全ク實性ニシテ細胞ニ富ミ一般ニ二種ノ細胞成分ヨリ成リ網條連絡ヲ形レル細胞索ノ細胞ハ成形質ニ饒多ナル扁平圓形乃至多稜散子形胞狀明性ニシテ核ハ染色質ニ乏シク（多クハ單核性）細胞小橋ヲ認メザレ𠮟細胞膜ハ明カニ存在シ全ク第一切片ニ見タルガ如キ非化角形扁平上皮細胞癌ニ一致シ此等細胞ハ肺胞小氣管支等ノ空隙ヲ充塡スルヤ「オルガンミミクリー」性發育ヲ遂ゲ又尚殘留セル壓迫扁平トナレル肺胞上皮細胞乃至低圓柱狀氣管支細胞ガ癌胞巢ト間質ノ間ニ介在スルヲ見ル

反之癌細胞索間々質ヲナセル組織ハ全ク之レト異ナレル細胞型ヨリ成リテ其形態上且ツハ細胞間細繊維ニ對スル密接ノ關係ハ疑モナク肉腫細胞ニシテ所々斯ル肉腫性間質内ニ小圓形細胞浸潤ヲ認メ又肉腫ト癌細胞索トノ間ニハ結締織ノ薄層アリテ兩者ヲ界ス是レ即チフオン、ハンゼマン、リップマン、リンデマン、ネベスキー氏等ノ謂フガ如キ混合性腫瘍ナレ𠮟視野ヲ移スコト僅カニシテ混合性ナラザル浸潤發育竈ヲ目擊スベク即チ或ハ癌胞巢ノ間質ハ單ニ粗又ハ密ナル繊維性結締織ニメ既存ノ肺胞隔壁内彈力繊維ヲ藏シ饒多ノ圓形細胞浸潤アル外肉腫ト謂フベキ像ナク通常ノ純然タル癌組織ト毫モ異ナル所ナシ又或ハ浸潤セル肉腫細

肺ニ於ケル惡性混合腫瘍ノ極メテ珍奇ナル一例（肉腫性癌腫）ニ就テ

リモ肉腫ヲ生ジツヽアルカノ想アラシムレモ此ヲ細見スルニ肉腫細胞ハ隔壁淋巴空隙又ハ小血管毛細管ニ侵入シ居リ殊ニ弱廓大下ニテハ健態ラシク見ユル隔壁モ廓大ヲ強ウシテ見レバ個々ノ肉腫性細胞ガ孤在性ニ肺胞間毛細管ニ栓塞的ニ箝入シテ將サニ增殖セントスルヲ認メ得ルノ事實ハ決シテ局所結締織ガ肉腫ノ母組織トナリタルニハ有ラデ寧ロ全ク血管系又ハ淋巴系ヲ辿リ浸潤轉移ヲ來セルモノナラン

(ホ)腫瘍殊ニ肉腫性ニ浸潤セラレタル隔壁ニ於テハ彈力纖維ハ強ク萎縮細小トナリ又ハ斷裂シ良染セズシテ極細纖維片トシテ殘留シテ一モ完全ナル肺胞ノ輪ヲ造リ居ルモノ無シ

(ヘ)次ニ腫瘍内ニ其處此處ニ種々ノ大サヲ有スル壞死竈アリ暗赤乃至紫青色ニ汚染シ周圍トハ極鋭ク境界セラレ竈内組織ノ性狀不明ナレモ尙腫瘍ノ諸種竈ヲ具ヘ居リテ胞巢狀造構ヲ存スル而シテ胞巢内癌細胞ハ全ク顆粒狀乃至同質性ニ膨大セル塊ト化シ此内ニ所々直線狀ノ細長ノ空隙トシテ脂肪針ノ少數ヲ認ムルヲ得又間質即肺胞壁ノ肉腫組織ハヨリ抵抗力強キ爲メニ癌組織ノ如ク甚シク變化セザレド核ハ染色シ難ク唯細胞ノ面影ヲ存スルノミ尙腫瘍内ニテ殊ニ太キ血管腔

組織内ニ一二孤在性ニ存スル癌細胞ノ介在セルアリ又癌細胞ト肉腫細胞トガ極密ニ混在シ又癌組織ノ增殖旺盛ナル所ニ在リテハ胞巢狀ヲ造ラズシテ肉腫樣ニ見ユル所アリ或ハ肉腫細胞束ガ肥厚セル結締織ノ淋巴空隙内ニ一二列ニ排列シテ一見纖維性癌ノ觀ヲ呈スルモノアリ

(ハ)腫瘍竈ニ近接シ又包埋セラルヽ大小血管ノ大多數ハ肉腫細胞ニヨリ浸潤栓塞セラレ居レルガ一二ノ殊ニ太キ血管ニ在リテハ癌細胞ガ或ハ個々ノ細胞トシテ或ハ癌束トナリテ外膜ヨリ内膜ニ及ビ遂ニ腫瘍栓塞ヲナセルアリ殊ニ一切片内ニ表ハレタル帽針頭大靜脈ニ於テハ腫瘍ノ栓塞血管疎通アルヲ見タリ

(ニ)所々散在シオレル小氣管支ハ間々非常ニ擴張シテ波紋狀ニ凝固セル粘液樣物質ヲ以テ充タサレ管壁ハ粘膜下層マデ肉腫性ニ浸蝕セラレ上皮細胞ハ却ツテ受働的ニ萎縮又ハ脫離シ居ルモ別ニ增殖ノ狀ヲ認メズ

肉腫性竈ト近接無氣狀態ニアル肺トノ境界層ヲ見ルニ何レノ肺胞壁モ纖維性結締織ヨリ組成セラレ多少ノ圓形細胞浸潤ト炭末沈着ヲ見ルガ核ノ性狀トイヒ細胞ノ排列トイヒ增殖ノ傾向更ニ無ク寧ロ萎縮シ居レリ又肉腫竈内ニ散見スルモノヽ内隔壁ノ一方ハ特ニ肥厚シ肉腫狀ニナリオリテ一見此邊ノ隔壁結締織ヨ

ハミニシテ別ニ增殖ノ像ハ何處ニモ認メラレズ而ルニ肺ノ到ル處血管及氣管支ノ周圍ニ於テハ結締織ハ增殖シ居リ又炎症ノ尙現存セルノ徵トシテ血管氣管周圍ノ圓形細胞浸潤頗ル饒多ニメ集團性又孤在性ニ存在シ增殖セル結締織內肺胞漏斗及ビ小氣管支等或ハ萎縮シ或ハ却ツテ擴張シオルガ何レモ單層低圓柱細胞ヲ以テ被覆セラレ此上皮細胞ハ此處ニテモ決シテ增殖ノ像ヲ呈セス、一約言スレバ肺實質ニハ到處慢性纖維氣管支炎氣管周圍炎アル外ニ氣腫狀ノ所アリ又腫瘍ノ周圍ニテハ無氣狀態トナリオルガ肺胞及氣管上皮ニモ萎縮ノ外何等ノ異常ヲ認メス

第三切—片縱隔膜淋巴腺轉移

豌豆大ヨリ銀杏實大ニ至ル四五ノ淋巴腺ニ於テハ總テ固有ノ淋巴腺組織ハ或ハ全部或ハ一部腫瘍組織ニ由リテ其地位ヲ奪ハレ腺莢膜ハ多クハ尙存スレ圧或ルモノハ已デニ腫瘍ノ爲メニ侵蝕セラレ浸潤ノ莢膜外ニ及ベルアリ淋巴組織ハ壓排ヲ蒙リテ細長ナル薄層ニ變ジ又淋巴膿胞ノ暗青點トシテ腫瘍組織內ニ散點殘留セルモノアレ圧淋巴竇殊ニ莢膜下邊竇ハ强ク擴張シ又毛細管ハ强ク充血セルモノモアリ

ノ存在セル近傍ニ於テハ營養供給ノ充分ナルガ爲メニ此ノ血管腔ヲ中心トシテ健態肉腫又癌腫又ハ其ノ兩者ノ混在セルモノガ殘存セルコハ趣味アル事實ニシテ本壞死モ必ズヤ血管ノ栓塞、血栓ニヨリ營養全ク杜絶セラレタルガ爲メノ結果ニ外ナラザル可シ又壞死竈内ニアル太キ小氣管支壁ノ軟骨片モ一般ニ同質樣ニ淡赤紫染シ細胞ノ境界ハ明ナレドモ細胞ハ濃赤染スルモノ全ク明性同質樣ナルモノ又ハ膨大シ空胞ヲ作リオルモノアリ核モ亦退行變性ヲ免レズシテ大小不同萎縮不正形ノ赤染セル小點トナリ或ハ全ク消失シテ痕跡ダニ留メス壞死ニ陷レル軟骨ノ周緣ニ於テハ細胞體内又ハ細胞間ノ基質ト細胞トノ境界ニ於テ「ヘマトキシリン」ニ由リ暗青染セル細顆粒ノ沈着スルモノアリテ軟骨表面ヨリ中心ニ向フニ從ヒテ追々ト消失ス是レ半バ壞死ニ陷レル軟骨組織ノ周邊ヨリ血中ニ含有セラレ居ル石灰鹽類ガ浸積シ沈着シタルモノナルコハ容易ニ考ヘラルヽナリ

（ト）肺組織ノ性狀　胸膜ハ厚ク纖維性ニ肥厚シ居ルガ肺實質ハ腫瘍ニ近接セル所ニテハ壓迫性無氣狀態ニアリテ肺胞ハ腫瘍ノ發育スル方向ニ壓迫セラレ細長ナル腔トナリ又其他ノ所ニテハ反對ニ氣腫狀ニ强ク膨大シ此等肺胞内ニハ少數ノ脫離セル上皮纖維素片乃至無構造質ヲ容レ肺胞上皮ハ極小形トナリテ腔ヲ覆フ

織ハ之レヲ突破侵入シテ肉腫ト癌腫トノ雜居ヲ示ス所アリ而シテ癌腫ガ管狀ー網狀ノ細胞索ヲ作レルノ狀ハ何カ既存ノ空隙ニ侵入シ發育增殖シタルモノナルコヲ想像セシムル者アリ諸淋巴竇ハ蓋シ癌細胞ヲシテ玆ニ「オルガンミ、クリー」的發育ヲ爲サシメタル者ナラント惟ハル

尙肉腫組織內ニハ第一切片ニ於テ見タルニ似タル强ク光輝ヲ放ツ濃赤染セル硝子樣質小體アリ點滴狀ノ小ナルヨリ珊瑚樹狀ノ大ナル者又星形稜形槍狀等多形多樣ナル者アリ其邊緣ハ第一切片ノ如ク鋸齒狀ナラズ銳利ナル、鈍圓ナルアリ又ハ徐々ニ染色ハ淡クナリテ消失シ又ハ細微ナル突起トナリ近接セル肉腫組織ノ細胞間纖維ニモ徐々移行スルモノモアリ而メ斯カル硝子樣質內ニ包埋セラレ圓形ニテ明性ナル細胞體有リ好染セル核ヲ有シ一見硝子樣軟骨基質內ニ見ル軟骨細胞ニ類スレモ此ノ硝子樣質ノ邊緣ガ竇狀ニ陷凹シオル所ニ肉腫細胞ノ二三存在シ居ル像ハ或ハ肉腫細胞ニヨリ窩狀ニ吸收セラレツヽアル骨組織ノ疑無キニ非ズト雖モ廓大ヲ强クシテ檢スレバ斯ク硝子樣ニ見ユル物質ハ同質性ナラズ極微小ノ空胞ヲ含有スルガ故ニ何カ流動質ノ凝固シタルモノナルヤニ思ハル即チ決シテ軟化シタル骨組織ノ殘存セルモノヽ如ク全ク同質性ナラズ又此內ニ包

――肺ニ於ケル軟性混合腫瘍ノ極メテ珍奇ナル一例(肉腫性癌腫)ニ就テ――

腫瘍細胞ハ肺及肋骨胸膜ニ於ケルガ如ク二種類ヨリ成ルガ癌ト肉腫組織ノ量的關係ハ淋巴腺ニヨリ異ナレリ何レニ於テモ肉腫組織ガ大部分ヲ占メ此内ニ癌腫組織ハ唯タ個々ノ細胞又細胞群トシテ包埋セラレ居ルノミニテ標本整理ノ當時山極教授モ此淋巴腺標本ニ於テ大ニ疑ヲ措カレテ遂ニ余ニ本材料ヲ研究セシメラレタル程異常ノ像ヲ呈スルガ然シ前條數個ノ切片ニ就キ精細ナル檢索ヲ經タル今日ハ何ノ不思議モ無キコトナレリ尤モ他ノ銀杏實大ノ淋巴腺ニテハ殊ニ此ノ二種ノ混在ハ親密ニシテ實ニ美觀ヲ呈スルナリ

「ヘマトキシリン」「エオジン」重複染法ニ據レバ肉眼的ニハ暗紫染セル實性緻密質ト此ノ内ニ淡赤染セル粗鬆ナル網眼トノ混在ヲ見ル此レヲ廓大ヲ强ウシテ檢索スルニ實性緻密質ハ全ク巨態細胞ヲ容ル、多形圓形細胞肉腫ニシテ粗ニ見ユル所ハ即チ不規則ニ網狀ニ結合セル癌束ノ縱又橫斷セラレテ細大種々ノ胞巢ヲナセルモノナリ(第八圖板第二圖)兩者ノ關係ハ癌腫組織ニ向ッテハ明カニ基膜樣結締織層ヲ存シ是レハ肉腫組織ニ向ッテハ全ク密接ニシテ細胞間細纖維トナリテ侵入シオル事ハ肺及ビ肋骨胸膜ニ於ケル者ト毫モ異ナル所ナシ尙ホ癌腫ト肉腫トハ全ク銳利ニ境界セラルヽトハ謂ヒ乍ラ所々癌胞巢壁ハ破綻セラレ增殖肉腫組

リ濃黄赤色(樺色)ニルゴール氏法ニテ帶赤淡黄色ニ「メチール」紫ニテハ淡薔薇色ニ染マリワイゲルト氏「カルミン」前染法及ビ沃度青染色ハ何レモ陰性ヲ呈セリ約言スレバ硝子樣物質ノ如クワン、ギーソン氏染法ニ由リ美シキ鮮紅色トナラズ又左リトテ澱粉樣變性トシテモ著シキ色反應無ク殊ニ最モ確實ナル試藥トシテ唱道セラレタルルゴール氏染色法スラ全ク陰性ナル事實ハ以テ明カニ澱粉樣變性質ト確定スルヲ得ズ其ノ何レナルヲ問ハズコッサ氏染色法ニ由リ此物質ハ決シテ石灰質ニモ非ズ又ビスマルク褐ニ據リ粘液質ニモ非ザルヿ丈ケハ確定スルヿヲ得タリ

二　第三、所見總括

○肉眼的

(一)本例ハ肺ニ來レル頗ル珍奇ナル小兒頭大ノ混合腫瘍ニシテ左肺ノ全上葉ニ占座シ胸肋膜ニ移行進入セリ

(二)腫瘍ノ原發竈ハ大部分既ニ退行變性ニ陷リ軟化空洞ヲ作リオレ肉眼的ニハ大體胞巢狀ヲ呈シ脆弱壞敗シ易キ成分ト此ヲ圍繞スル緻密同質ヨリナル肉腫樣間質ヨリ成ルヿ顯著ナリ

埋セラル、細胞ハ圓形且ツ明性ニシテ蜘蛛手樣突起ヲ有スル骨小體內骨細胞ト相似ルベクモ非ズ且ツ細胞核ハ軟化セル骨組織ノ骨細胞ニ在リテハ全ク染色セザルニ此ノ內ニ包埋セラレタル細胞核ハ健態ニシテ好染シ又斯ル硝子樣質ノ周緣ニ在ル一部ノ肉腫細胞ガ此內ニ封入セラレテ前記軟骨細胞樣ノモノニ徐々ニ移行スルノ像ヨリ推スニ此ノ硝子樣物質ハ軟骨ニモ非ズ又轉移セル骨片ニモ非ズメ寧ロ肉腫細胞ヲ封入セル或ル種ノ局所流動質ノ凝固セル物ニ外ナラズ又タ第一切片ニ於テモ述ベタルガ如クワン、ギーソン氏染色法ニテ檢スルニ肉腫細胞間細纖維ニ二種染色ヲ異ニスルモノアリ(即赤染セル者ト樺色ニ染マレル者ト)テ此等ガ同ジク樺色ニ染ミ居ル此硝子樣質ニ連續シ徐々ニ移行スル所ヨリ察スルニワン、ギーソンニヨリ樺色ヲトル此物質ハ或ハ細胞間ニ沈着セル一種ノ凝固質ナルカ或ハ又細胞間細纖維ガ退行變性ヲ爲シタル者ガ融合シテ生ジタル者ナルカト謂フニ恐ラクハ凝固性ニ富メル組織液ノ貯藏液ニ由リテ凝固シタル者ナルベシ

尙序デ乍ラ此ノ硝子樣質ト見ユル物質ノ性狀ヲ確カメントテ諸種ノ染色ヲ施シタルニ「ヘマトキシリン」「エオジン」重複染法ニテ濃赤色ニワン、ギーソン氏法ニヨ

小ナル者ニテモ中心ニ壞死ノ行ハルヽニ反シ肉腫組織ハ隨所健能ニ在リ

(六)腫瘍ノ轉移方法ハ癌腫ニ在リテハ主トシテ氣道系及ビ淋巴系ヲ借リ肉腫ハ殆ンド總テ血管系ニ據レルヲ認メタリ但シ骨組織ハアーウエル氏小管血管内ニ於テハ主トシテ癌ノ栓塞性發育ヲ示セリ

(七)腫瘍ノ浸潤轉移ヲ蒙リタル肋骨組織ハ漸次石灰ヲ奪ハレ軟化シ隙窩狀ニ又ハ平等ニ吸收セラレツヽアリ

(八)腫瘍内殊ニ肉腫組織内ニハ硝子樣ニ見ユル一種ノ凝固物質有リ

(九)腫瘍外健存肺組織ハ壓迫性無氣狀態及氣腫竈有ル外到ル所ニ慢性纖維性氣管支炎氣管支周圍炎アリテ此ノ增殖結締織内ニ包埋セラレタル氣胞及ビ小氣管支ハ壓迫萎縮シ何等ノ增殖ヲ示サズ

第四、考按

(甲) 發生論

既記ノ如ク本材料ハ標本室所藏ニ係ハル者ニシテ且ツ主腫瘍ノ中央ハ既ニ已ニ壞死軟化空洞竈ト變ジ原發竈ノ性狀全ク不明ニ屬ス隨テ初期ノ狀態ハ之レヲ詳ニスルニ由無シ獨リ本腫瘍ハ顯微鏡的所見ニ明カナルガ如ク惡性混合腫瘍ナル

(三)胸膜ハ數仙米ニ肥厚シ主トシテ肉腫樣同質ナリ

(四)腫瘍ハ數多ノ肋骨ヲ包埋浸蝕シテ間々之レヲ骨折ニ致セルモノアリ

(五)縱隔膜淋巴腺ハ多少ニ拘ラズ腫脹シ肉腫樣同質性ナリ

○顯微鏡的

(一)肺ニ於ケル主腫瘍ハ肉腫性癌腫ノ像ヲ有ス浸潤性轉移竈中ニ純肉腫性又純癌腫性ノ者アリ

(二)混在性ノ者ニ在リテハ癌胞巢ハ肉腫性間質ニ依リ圍繞セラレ兩者ハ極密接ナル關係ニ在リ

(三)腫瘍ノ種類。癌ハ其性狀ヲ悉皆具備セザレモ扁平上皮癌トスペク肉腫ハ多形細胞肉腫ニシテ主トシテ圓形細胞型ヲ有シ僅少ナル巨態細胞ヲ容ル

(四)腫瘍中殊ニ癌組織ハ既存ノ管腔即チ肺ニテハ氣道系、肋骨ニテハハーベル氏小管腔ヲ、淋巴腺ニ在リテハ淋巴竇ヲ辿リ增殖シテ「オルガンミ、クリー」ヲ呈シ居リテ不規則網狀—管狀(淋巴腺)ニ結合シ又ハ肺胞ニ一致セル癌胞巢ハ肉腫ニヨリテ包圍セラレ又ハ肉腫組織ヲ圍繞シ居レリ

(五)何レノ轉移竈ニ於テモ肉腫組織ハ其數量ニ於テ癌腫ヲ凌駕シ癌束又ハ胞巢ノ

———肺ニ於ケル惡性混合腫瘍ノ極メテ珍奇ナル一例(肉腫性癌腫)ニ就テ———

於テハ尚純癌腫組織ノ結節ヲ存ス肉腫細胞ノ性質ヨリ謂ヘバ多形細胞肉腫ニシテ僅少ナル巨態細胞ヲ容ル、ハエッケルスドルフ氏ノ氣管支粘膜下結締織ヨリ起源セリトイフ肺ノ原發性肉腫ノ一例ニ酷似セル細胞型ナルコハ注意ス可キ所ナリ然シ乍ラ普通肺原發肉腫ハ先ヅ小圓形細胞肉腫或ハ紡錘狀細胞肉腫ナルニ對シ其ノ發生ノ異常ナルヲ想察セシムルモノアリ

偖テ吾人ハ先ヅ問ハザル可ラズ

(第一)本腫瘍ハ眞ニ混合腫瘍ナルカ將タ癌腫ト肉腫ノ遇然肺ニ合併シテ發生セル者ガ其發育進行上終ニ混戰ノ狀態ヲ呈スルニ至リシモノカ

此ノ問題ヲ解決スルニハ本例ノ如ク發育顚ル進涉シ已ニ大部分退行變性シ原發竈ノ性狀甚ダ不明ナルニ於テハ勢ヒ其外圍發育竈及ビ轉移竈ノ狀態ニヨリテ原發竈ノ樣ヲ僅カニ推察スルコヲ得ルニ過ギザレモ本例ノ轉移竈ニ混在性ノモノアリテ純肉腫性純癌腫性ノモノ、ミナラザルコハ前章序論ニ記載セルガ如キ理由ニ基キ少ナクトモ本例ハ合併腫瘍ニ非ザル可シ即チ混合腫瘍ナリトセバ

(第二)當初ヨリ混合腫瘍トシテ發生セルカ換言スレバ上皮細胞ノ癌腫性增殖ト結締織ノ肉腫性增殖ガ同時ニ行ハレタルモノナルカ(ミッヘルゾーン、フレンケル氏

ナ疑無ク其ノ一成分タル癌腫ハ性狀不完全ナガラ先ヅ肺ニテ善ク經驗セラルヽ扁平上皮癌ト認ムベク其肺臟ニ原發セル者ナル可キハ論ナカラン而メ健存肺組織ニハ慢性纖維性氣管支炎氣管支周圍炎肺氣腫竝ノ有リテ血管周圍ニ炎症ヲ呈シ居ルノ事實ハアレ𪜈何所ニモ別ニ上皮細胞ノ違型增殖ノ像ヲ見ズ否寧ロ此等ハ萎縮細小トナリ壁ヨリ脫離シ居ルノミ故ニ當該例癌腫發生問題ニ對シ何等指示スル所有ルナシ唯々其癌細胞ニ據リテ扁平上皮細胞癌タルヲ丈ケハ明カナレバ先ヅ從來ノ說ニ從ヒ肺胞上皮細胞ヲ以テ母組織ナルベシト想像シ得ルニ過ギズ。サハレ本例ノ趣味ハ寧ロ肺癌ノ發生ニ非ズシテ實ニ肉腫ト癌腫ノ混合ニ在ルナリ

次ニ肉腫組織ノ發生モ原發竈ニ於テハ明瞭ナラズシテ此癌腫ト肉腫トノ關係即チ偶然ニ兩者ノ肺ニ同時ニ來レル合併腫瘍ナルカ將タ又混合腫瘍ナルカヲ明カニスルヲ得ザルガ此ノ事ニ關シテハ後段ニ讓リ此所ニハ先ヅ本例肉腫ノ性狀及發育狀態ヲ見ルニ肉腫組織ハ主トシテ血管ヲ介シテ廣カルヿハ玆ニ於テモ證明セラル而シテ純肉腫性轉移ハ主トシテ主腫瘍周邊肺胞間隔壁ニ在リ又總テノ轉移ニ於テ肉腫ハ數量ニ於テ癌腫ヲ凌ギ而モ亦何所ニモ壞死竈ヲ示サズ唯肺ニ

肋骨轉移……（一部純肉腫性
　　（一部混在性

ナレバ上記(ロ)ノ場合ニ該當ス可シ然レバ則チ當初ヨリ同時ニ發生セル者ガ途中ヨリ肉腫ノ方發育强クナリシ者ト認メラレザルニ非ズ然カレ卵巢等トハ異ナリ肺ニ於テハ癌ノ原發ハ可ナリ屢々ナレ𪜈肉腫ノ原發ハ已ニ稀少ナリ(是レ同時ニ「第四」ニ反スル理由ナリ)況ンヤ兩者同部ニ同時ニ原發スルガ如キハ頗ル稀有ナルヲ以テ余ハ本例ノ癌ハ扁平上皮癌トシテ肺ニ於テ普通ナル原發癌ナルト肺主腫瘍周邊浸潤層ニハ尙純癌腫ヲ存スルヿ、肉腫ノ多形細胞ナルヿ、淋巴線轉移ニ於テ已デニ混合腫瘍ノ性質消滅ニ歸セントスル等ニ鑑ミウイルヒヨウ、フオン、バンゼマンノ所說ノ如ク寧ロ先ヅ癌腫ヲ原發シ其ノ刺戟ハ間質結締織ヲシテ遂ニ肉腫性ニ變ゼシメタル者ナリト主張セント欲ス是ヲエールリッヒ、アポランノ動物試驗成績ニ徵スルモ原發癌ノ繼發肉腫ノ爲メ壓倒セラルヽノ甚ダ可能的ナルヲ見ル而シテ本例ニ於テ腫瘍ノ發育傳播上原發竈ニ近キ程癌腫成分勝チ胸膜肋骨淋巴線ト追々遠隔ノ地ニ轉移セラルヽ程肉腫成分ヲ增シ終ニ殆ンド純肉腫ニ近キ狀態(淋巴腺)ヲ呈スルノ事實ハ肉腫ノ發育力ガ癌腫ニ比シテ大ナルヿヲ指示スル

等）

（第三）原發癌腫組織ノ間質ガ繼發的ニ肉腫樣ニ變性シタルモノナルカ（ウィルヒョウ、フォン、ハンゼマン、リップマン等）或ハ

（第四）其ノ反對カ（ゼールト、フランク、オット氏等）ノ三樣ノ考ヘ方アリ。若シモミッヘルゾーン、フレンケル氏等ノ唱道スルガ如ク兩腫瘍ガ同時ニ發生シタリトスレバ（イ）其轉移竈ニ於テハ到ル所兩腫瘍成分ヲ全ク平等ニ含有シ原發竈ト同ジク混合性ナルベキハ勿論（ロ）或ハ轉移ニ隨キ兩者ノ割合不平等ナルヲ示シ且ツ少數ノ純肉腫性又純癌腫性ノモノヲ生ズルコトアルベキモ（ハ）「一ノ轉移タリトモ混合腫瘍ヲ示サズ」ト謂フガ如キコト無カル可シ而シテ本例ニ於テハ假令原發竈ノ樣子ハ全ク不明ニ屬スルニモセヨ其ノ轉移ニ於ケル性狀ハ

腫瘍周邊浸潤層……（純肉腫性 / 純癌腫性）

肺主腫瘍外層……混合性

淋巴線轉移……（純肉腫性ノ者ト / 混在性ノ者ト）

膜葉狀分離 (Lamelläre Abspaltung) 即チ平滑「エロヂオン」(Glatte Erosion)ヲナス者ナリト唱ヘタリ(ウィルヘルム、ゲツチユ氏ハ此ノ變化ヲ人工的ニ生ジタルモノナリト批難ヲ加ヘタルガ)兎ニ角肉腫細胞ハ巨態細胞ヲ須タズシテ骨吸收作用ヲ營ミ癌細胞ハ結締織細胞或ハ其ノ巨態細胞ヲ須ツテハジメテ骨吸收ヲ爲シ得ルモノ、如シ

偖本例ニ於テハ如何其吸收作用ガピルロート等ノ謂フガ如ク化學的ニ乳酸ノ爲メナルカ將タ又フレッシュ、チルマン等ノ唱フルガ如キ「炭酸ト水分」ニ歸因スル者ナルカハ問ハズトスルモ)如上顯微鏡的所見ニ由リ明カニ進行性病機トシテノ骨形成ニ非ズシテ腫瘍ノ侵入繁殖ニ因スル退行性變化トシテ其ノ吸收セラレツヽアル者ナルヤ論無シ而シテ其ノ吸收ノ狀態ハ一樣ナラザレトモ大體ニ於テ松岡フオン、ムロート諸氏ノ唱フル所ニ總テ一致シテ何處ニモ肉腫性巨態細胞無クシテ唯肉腫細胞自ラガ吸收力ヲ逞ウシテ局所ニ隙窩ヲ造リ或ハ斯ル陷凹無ク單ニ平滑ナル面トシテ所謂 Glatte Erosion ヲ呈ス唯ダ本例腫瘍ニ興味アルハ肉腫性癌腫ナルガ故ニ此ノ骨吸收作用ノ行ハルヽヤ單ニ肉腫細胞ノミナラズ癌腫細胞モ大ニ關係スル所アルコトニテ余ガ鏡下ニ見タル所ニ據レバ肉腫細胞ガ主ナレド

者トス又夫ノ肺主腫瘍周邊ニ於テ純肉腫性及ビ純癌腫轉移ヲ存スル者ハ一方尚ホ舊狀態(即チ癌原發其間質內肉腫ノ發生)ヲ存スルコト他方肺ニ於ケル原發竈ニ近キ癌細胞ガ更ラニ肺ニ於テ發育上好境遇(肺胞)ヲ有スルニ由ル者ト考フ可キカ

(乙)腫瘍組織ノ骨ニ對スル吸收作用

惡性腫瘍ガ骨轉移ノ際骨組織ニ及ボス變化ニ就キテハルスチツキー、チーグレル、ボムメル、ランゲンベック、ピルロート氏ヲ始メ近者エルンスト、フオン、ムロート又松岡博士ノ詳論スル所アリタルガ松岡博士ハ肉腫ト癌腫トノ骨ニ及ボス差異ヲ述ベテ曰ク「肉腫ニ在リテハ肉腫細胞其レ自身直接骨壞敗性ヲ有シ其ノ骨吸收ニ際シ見ル所ノ隙窩內ニハ生理的マタ病的ニ見ルガ如キ噬骨細胞樣ノ巨態細胞ハ殆ド之レ無ク又有リタリトテ全ク少數ナルガ反之癌腫ニテハ巨態細胞ノ表ハル、コト等シク僅少ナレトモ癌腫胞巢間々質結締織ハ骨組織ヲ包擁圍繞シ以テ漸次吸收作用ヲ逼ウスレドモ彼ノ肉腫ノ如キ隙窩等ハ決シテ造ラル、コトナク從ツテ癌腫ニ在リテモ骨吸收ニ際シ巨態細胞ハ餘リ關係ヲ有セズ」ト而ルニフオン、ムロート氏ハ癌腫ノ骨組織ニ轉移スルヤ常ニ巨態細胞ノ力ニ據リ隙窩狀吸收行ハレ肉腫ニ在リテハ巨態細胞無シニ肉腫細胞自カラガ隙窩狀吸收ヲナス外ニ尙ホ

淋巴腺及胸膜ニ見ル純肉腫組織内ニ在ル同質硝子樣質ニ就キテハ既ニ述ベタルガ如ク諸種ノ染色試驗ハ其ノ石灰沈着ニ非ズ粘液質ニモ非ズ左リトテ硝子樣變性質トシテモ又澱粉樣變性質トシテモ正型的色反應ヲ呈スルヿ無クシテ而カモ此ノ物質ハ一方ニハ硝子樣同質樣ト見ユレドモ細檢スレバ細微ノ空胞ヲ含ミ他方ニハ肉腫ノ細胞間細纖維ニ漸次移行シ加之此細胞間細纖維ニモワン、ギーソン|ニテ此レト同樣ノ染色ヲ呈スルモノアリ、曾テフォルクマン氏ハ惡性腫瘍殊ニ肉腫ニ在リテハ間質細纖維時トシテハ肉腫細胞モ粘液樣硝子樣又ハ澱粉樣變性ヲナスモノトナシ殊ニ硝子樣質ノ生成ニ關シテ種々ノ發生ヲ記載シ

(一)腫瘍細胞ノ變性乃至分泌生產物ナルヿアリ

(二)結締織間質ノ硝子樣變性ナルヿアリ

(三)血管壁ノ變性ニ係ハルモノアリ

トセルガ本例ニ於テハ腫瘍内ヲ走行セル血管壁ニ何等ノ異常無ク又殘存セル淋巴膿胞内ニモ此レト謂フ物質ノ存在ヲ認メズ殊ニ上記ノ移行像及小空胞アルノ事實ハ本例ニ於テハ恐ラクハ(一)(二)ヲ兼ネタル者ナル可キカ何レニシテモ一旦液化セル者ノ組織硬化ノ爲メニ凝固セル者ナルニ似タリ

モ亦癌腫細胞モ往々夫ノ窩内ニ存シ即チ直接ニ窩形成骨吸收ニ參與スルガゴトクナリ然カレドモ夫ノ窩發生ノ初期ナル半圓形ニ限界セラレタル暗紫色線外將來ノ窩内)ニ尚ホ無造構同質物ヲ存スル個所ニ在リテハ常ニ一二肉腫細胞(又小圓形細胞)ノミヲ存シ癌細胞ヲ見ルハ既ニ立派ニ出來上リタル空洞ヲ存スル窩内ニ於テノミナルカ小癌胞巢ト同時ニ肉腫細胞モ亦併ビ存スルヲ例トスルニ鑑ミナバ雜ト混合腫瘍内ニ於ケルモ癌細胞ガ直接ニ骨吸收ニ當ルコトハ殆ンド無キ者ナル可ク此ノ點ハ即チ純癌腫ノ骨轉移ニ於テ從來松岡博士其他諸氏ノ實驗セラレタル所ト一致スル者ト謂フベシ然シナガラ本例癌細胞ハ主トシテハーウェル氏管内ニ繁殖增生セル者ナルニ由リテ考フルニハ其ノ發育ハ間接ニ骨組織ノ吸收ニ與ヲテ力有リシヤ勿論ナル可シ尚余ハ右骨斷片ノ鏡檢ニ據リテ窩狀陷凹ノ骨片邊緣ニ生ズルノ理由ハ腫瘍細胞ガ骨小體内ニ入リ是レヲ中心トシテ窩ノ發生前階級トシテ先ヅ將來ノ窩ノ大サニ適スル部ノ骨ニ對シ暗紫色半圓形限界線ニテ劃セラレタル無造構同質物ガ骨基質ヨリ生ズルニ在ルコトヲ學ベリ(第八圖板第一圖)

(丙)肉腫組織内硝子樣物質ト腫瘍トノ關係

教授ガ懇篤ナル指導ト厳格ナル校閲ノ勢ヲ執ラレタルニ對シ謹ンデ謝意ヲ表ス

參考書目:

I). 癌及肉腫性癌ニ關スル者:

1) 山極, 業報「癌」 第二年第一冊;

2) 同上, 胃癌發生論;

3) Ribbert, Seine Geschwulstlehre, 1904;

4) Borst, Die Lehre v. Geschwulsten I. Bd, 1902;

5) v Hansemann, Die microsk. Diagnose d. bösartig. Geschwülste;

6) R. Borrmann. Pathol. d. Geschwuelste, Lubarsch-Ost. VIIJ-G, 1900—1901;

7) Moenckeberg, Sarcom u. Carcinom bei demselben Individum, resp. Carcinosarcom, do, X. J. G. 1904—. 05;

8) Fischer-Defoy-Ost.-Lub, Combination v. Carcinom & Sarcom, do. X. J. G. 1904—. 05;

9) v. H. Lippmann, Uber einen Fall v. Carcinoma sarcomat. Ovaii mit gemischt. u. sarcomat. Metastasen. Z. f. Krebsf. Bd. VII;

第五　結論

(一)本例ハ肺ニ原發セルウイルヒヨウ、フオン、ハンゼマン、リツブマン氏等ノ唱フルガ如キ癌腫ト肉腫トノ混合腫瘍ニシテ其肺臟ニ來レル者トシテハ蓋シ Unicum ナルベシ

(二)兩種ノ腫瘍組織ノ發生母地ハ不明ナルガ恐ラクハ癌腫ガ肺胞上皮ニ先發シ繼發的ニ癌間質ノ肉腫ニ變性シタルモノナラン

(三)腫瘍ハ諸所ニ轉移ヲ來タシ既存ノ空隙ヲ滿タシ「オルガンミ、クリー」ヲ形成ス

(四)原發竈ヲ遠カル程肉腫成分ノ增殖旺盛トナリ淋巴腺轉移ニ於テハ癌腫成分ハ甚ダ微々タリ

(五)骨吸收ニ關シテハ余ノ所見ハ殆ンドフオン、ムロート及ビ松岡博士等諸說ニ一致ス即ハチ癌細胞ハ直接ニ骨吸收ニ與ラズ肉腫細胞專ラ(巨態細胞ヲ生ズルヲ須タズシテ)窩形成或ハ膜葉分離ノ方法ヲ以テ骨吸收ヲ營爲ス而シテ余ハ此際窩ノ發生ノ前階級トシテ或ハ窩ノ發生理由トシテ腫瘍細胞ノ骨小體內進入此ヲ中心トシテ骨基質ノ同質—顆粒狀物ニ變ズルヲ認メタリ

稿ヲ終ルニ臨ミ此ノ珍奇ナル材料ヲ研究報告ス可ク惠與セラレタル吾恩師山極

No 9;

22) Sgambati, O, Entwickelung d. Carcinoms in Lymphdrüsen do, Bd. XII No. 8;

23) Goldmann, Verbreitung d. Krebses in Lymphdrüsen, Lub.-Ost. Bd. VII (Ref.);

II). 惡性腫瘍ノ骨轉移ニ關スルモノ:

24) Ernst v. Muralt, D. Resorption d. Knochensubst. durch metast. d. malig. G. Jahresber. über gesam. Med. (Ref.);

25) Schmidt, allg. P. u. p. Anat. d. Knochens, Lub.-ost. IV. J. G. 1897;

26) 松岡氏, Knochenresorption durch Carcinom u. Sa.rcom Deut. Z. f. Chirur. Bd. 73. Hef. 1—3;

27) W. Getsch, Ueber Einfluss d. Carcinommetast. auf. d. Knoch-resorption Ziegler B. Bd. 39, Hef 2, 1906;

III). 腫瘍內硝子樣質形成ニ關スルモノ:

28) H. Lohrisch, Amyloide u. hyal. Deg. in Mediast.sarcom, Lub.-Ost. Bd. VII. 1900—1901;

29) Lubarsch, Sarcom mit hyal. u. amyl. Deg, do, Bb. II. 1895;

10) Aug. Lindemann, Ein Beitrag z. C. sarcomat. do, Bd. V;

11) v. Hansemann, Gleichzeitiges Vorkommen d. verschieden-artigen G. do, Bd. I;

12) Apolant, D. kuenstl. Tumormischung do, Bd. VI;

13) Schlagenhaufer, Carcinom mit Riesenz-sarcom in derselb. Mamma. Centralbl. f. allg. P. u. p. Anat. Bd. XVII No. 10 1906;

14) Ehrlich-Apolant, Zur Kenntniss d. Sarcomentw. bei Carcinomtransplantation, do, Bd. XVII, No. 13. 1906;

15) S. Saltykow, Gleichzeitig. Vorkom. d. Sarcoms u. d. Careinoms in derselb. Schilddrüse do, Bd. XVI. No. 14. 1905;

16) Centralblatt f. allg. n. p. Anat. Bd. I—Bd XIX (1890—1908);

17) Jahresbericht über d. gesam. Medicin, (1866—1908);

18) Lubarsch-Ostertag, Ergebn. d. allg. P. u. p. Aan atomie, Bd II—Bd X (1895—1907);

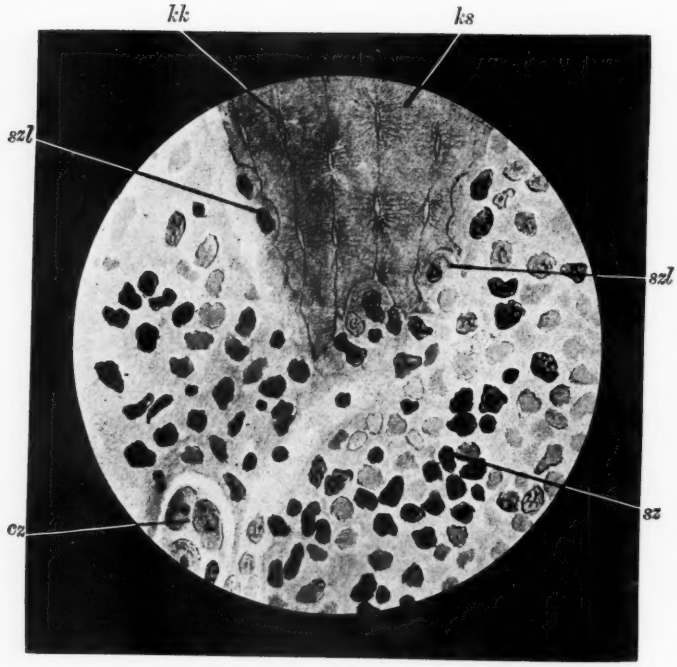
19) 和辻 Beiträge z. K. d. prim. Hornkrebses d. Lunge, Z. f. krebsf. Bd. I. Heft. 5.;

20) Possler, Ueber d. prim. Lungenkrebs V. A Bd. 145;

21) Eckersdorff, Zwei Faelle v. prim. Lungensarcom. C. B. f. allg. P. u. p. Anat. Bd. XVII

第一圖

Fig. 1



IV). 石灰沈着ニ關スルモノ:

30) 山極氏, 病理總論講義 (上卷) 1905;

31) W. Roehl, Ueber Kalkablagerung u. -ausscheidung in der Niere, Ziegler B, 7. supp. Heft. Festschrift f. Prof. J. Arnold.

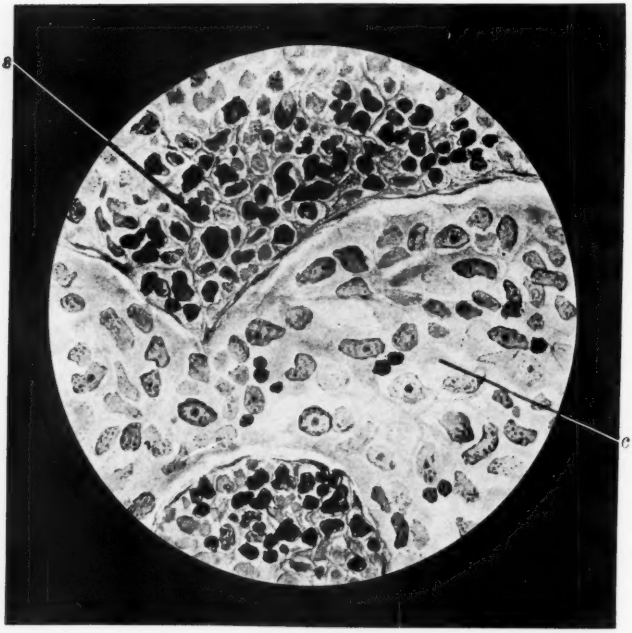
○圖解

第八圖板第一圖—廓大ハライヘルト接眼二號接物油浸裝置 1/12 ○ KS 骨片, KK 骨小體 SZ 肉腫細胞, SZl 隙窩內肉腫細胞, CZ 癌腫細胞

第九圖板第二圖—廓大ハ同上接眼二號接物 7a 號○C 癌腫組織 S 肉腫組織

圖二第

Fig. 2



◎理事會記事

明治四十一年四月廿一日（火曜日）午後六時ヨリ學士會事務所ニ於テ開會、議案

第一、本會ニ總裁奉戴ノ件

第二、研究基金募集ニ關スル件

右協議ノ結果總裁奉戴ノ件ハ當分見合セトナリ又基金募集ハ先ヅ第一著手トシテ某家ニ交渉スルコトニ決シ午後十一時散會セリ當日出席者ハ青山會頭、本多副會頭、長與理事長、芳賀、志賀、細野ノ各理事ナリ

右基金募集ノ件ハ其後幹部ニ於テ審議ヲ遂ゲタルニ財界不振ノ今日ニ於テスルハ不得策ナルヲ認メ一時見合セ適當ノ時機ヲ待ツコトニ決ス

◎國際癌研究會記事

業報「癌」第二年第一冊癌研究會々報欄ニ掲載セシ如ク本年五月廿三日伯林ニ開催ノ國際癌研究會ニ本邦癌研究會代表者ヲ派遣セシメラレ度旨同準備委員ヨリ通牒シ來リタルヲ爲評議會ヲ開キ其決議ニ基ツキ在伯林佐藤恒丸、雨宮量七郎、秦佐八郎ノ三君ニ代表參列方ヲ委任致度旨通知シ且ツ國際癌研究會準備委員宛右三氏ニ代表者ヲ委任セル旨通牒ヲ發シタリ三君ハ學術研究上繁忙ナルニ拘ハラス快諾參列セラレ本會ノ爲メニ盡力セラレタルハ深ク感謝スル所ナリ

リトテ以上ノ五名ヲ本邦癌研究會撰出ノ正會員トシテ會場ニ報告セラレタリ

先之發會式擧行數日前準備委員マイエル氏ヨリ本邦代表者宛貴國ヨリハ正會員五名ヲ撰出セラルベシ其氏名承知致度旨通牒アリタレ氏三氏ハ本邦研究會ヨリハ單ニ代表者トシテ出席ヲ委任セラレタル者ニシテ其資格明瞭ヲ缺キ果シテ當タ代表者トシテ參列シ得ルヤ否明ナラズ進退ニ惑ヒ協議ノ末佐藤、雨宮兩氏ハマイエル氏ヲ訪問シ余等ハ未ダ本邦研究會ヨリ正會員トナルベキ資格ヲ以テ參列スベキ通知ニ接セス單ニ代表者トシテ列席シ得ルヤ否ヤヲ質セシニマイエル氏ハ貴邦研究會ヨリ代表者トシテ三君ヲ出席セシムル通牒ヲ領シタル以上ハ三君ノ正會員タルコハ勿論ナリ他ノ二名ヲ撰出セラレナバ可ナリ兎ニ角當日ノ委員會ニ於テ意見ヲ陳ベラレタキ旨答ヒラレタリ前後ノ事情此ノ如クニシテ止ムナク前述ノ如ク本邦撰出ノ正會員五名ノ氏名ヲ報告セラルヽニ至リタル次第ナリ又幹部委員ハ規則第八條ニ據リ十五名ヨリ成リ各國ノ正會員ヨリ推薦セラレ獨逸佛蘭西ヨリハ各二名他ノ各國ヨリハ一名宛撰出スルコトナリ本邦代表者ヨリハ青山博士ヲ幹部委員ニ推薦シテ同意ヲ得タリ本邦代表者タル三君ハ臨機ノ處置ヲ取リ各〻正會員トシテ參列セラレタル爲一切ノ議事ニ與カリ且ツ幹部委員會ニハ佐藤氏青山幹部委員ノ代理トシテ列席シ役員撰擧其他重要ノ議事ニ參與シ遺憾ナク任務ヲ果サレタリ

委員會結了後午前十一時一同「シヤリテー」内癌研究所ヲ參觀シ零時四十五分午餐ヲ喫シ午后一時發會式日程ニ入リ式辭祝辭ノ終リタル後講演ニ移リ巴里ノボルレル氏コツペンハーゲンノジエンセン氏ブタペストノドルリンゲル氏ペトルスブルヒノポドウィソツキー氏等ハ何レモ癌發生ノ原因ニ就テ演述セラレ拍手喝采ノ裡ニ式ヲ結ビ同日午后七時開催ノ「ホテル、アドロン」ノ祝宴ニハ國際癌研究會役員各國代表者等多數ニ出席シ頗ル盛會ニシテ席上數番ノ演說アリ日本代表者中ノ佐藤氏ハ青山幹部委員ヲ代理シタル爲席次ハ一般代表者ノ上位ヲ占メ大ニ優待セラレタリ

國際癌研究會閉會後佐藤、雨宮、秦ノ三君ヨリ其景況ヲ本會ニ報告シ來リタルヲ以テ他ノ方面ヨリ得タル報道ト併セテ其概況ヲ錄スルヿ次ノ如シ

國際癌研究會ノ準備委員ハライデン、ツェルニー、エールリツヒ、キルヒネル、ハンゼマン、ヲルト、ワルダイエル、シユエルニング、マイエル氏等ニシテ發會式前日即五月廿二日夕以上ノ準備委員及各國代表者ハ「トラバッハス、ワインレスタウラン」ノ一堂ニ會合シテ聯合ノ成立ヲ祝シ將來ノ成効ヲ期待シテ乾盃シ歡談數刻ニシテ散會セリ

五月廿三日(土曜日)午前十時「シヤリテー」內大學病理學敎室ニ於テ準備委員及各國代表者一同列席ノ上委員會ヲ開キライデン會頭ハ劈頭ニ聯合ニ贊同ヲ申込マレタル獨、丁、佛、希、伊、日、諾、墺、葡、露、瑞典、匈、米、ノ十三國(內葡萄牙ハ加盟シタルモ今回ハ代表者ヲ派遣セス又英國ハ何故ニヤ加盟セス同國ニ於ル著明ノ癌研究家バシユホード氏ノ如キハ曾テ伯林癌調查會ニ臨席シテ意見ヲ吐露シ討論ニ與カリ國際的合同研究ノ贊成ナリシニ今回加盟セザリシハ同氏ト聯合會主唱者側ノ某氏ト意見ノ一致セザル爲ナリト傳ウ)ノ代表者ニ對シテ正式ニ國際癌研究會ニ加盟ノ贊否ヲ問ハレ何レモ贊成加盟ノ旨ヲ答ヒ英國ヲ除キ文明各國ハ贊同加盟シテ國際癌研究會ノ成立ヲ告ゲタリ次テ國際癌研究會規則(「癌」第二年第一冊揭載)ノ審議ニ移リ二三ノ修正アリタリ其主ナル點ハ第七條ニ總會ニ於テ次回開會地ヲ指定スル項第八條ニ各正會員ハ他ノ正會員ニ代理ヲ委任スル權理ヲ有スル項ヲ追加シ第九條末項ヲ幹部委員ハ各國研究會ノ提議ニ依リ特別會員ヲ推薦スル權理ヲ有スト修正セラレタルニ在リ右終テ直チニ正會員ノ推薦ニ移リ會頭ハ順次各國代表者ニ向テ正會員ノ氏名ヲ問ヒ答フルニ從テ其氏名ヲ會集ニ報告シ本邦代表者ニ對シテ推薦ノ氏名ヲ問ハレタル際靑山本多兩博士ヲ推薦シ他ハ後日報告スベキ旨ヲ以テシタルニライデン會頭ハ他三名ハ此所ニ在リ參列セラレタル佐藤、雨宮、秦ノ三君ヲ以テ充サルベシ五名共ニ擧ヒタ

◎理事會記事

明治四十一年八月廿六日（水曜日）午後六時ヨリ學士會事務所ニ於テ第二回理事會開會、議案

第一、國際癌研究會ノ照會ニ基ツキ同規則第二條乃至第五條ニ依リ正會員、特別會員、名譽會員推薦ノ件但シ名譽會員ハ總會ニ於テ公撰スベキ性質ノモノナルモ今回限リ各國ニ於テ隨意撰出ノコトナレリ

第二、評議員川上元治郎君理事辭任ノ件

第三、業報「癌」購買價格ニ關スル件

右ハ協議ノ末次ノ如ク決議セラレタリ

第一、國際癌研究會正會員ニハ靑山、本多兩博士及佐藤恒丸君ヲ推薦スル事但シ規則第三條ニ據レハ本邦ヨリ五名ノ正會員ヲ推薦スル權理アルモ本會創立ノ際ナレバ在外正會員ハ先ツ一名ヲ推薦スルコトニ決シタリ若シ外國トノ權衡上五名ヲ充ス必要アルカ事情止ムナクバ代表者トシテ參列シタル兩宮、秦兩氏ヲモ推薦スルコトシ右正會員ニ對スル會費ハ差當リ「三百マルク」ヲ支出スルコトセリ

特別會員ニハ佐藤（三吉）博士、山極博士、藤浪博士ノ三君ヲ推薦スル事

名譽會員ハ推薦セサル事

前三項ハ至急決議ノ上國際癌研究會事務所ニ回答スル必要アリ樞要ノ事項ナレバ評議會開會ノ上決定スベキ筈ナルモ一項ハ本邦代表者トシテ出席セラレタル三氏ノ報告中記載セル事情アルニ依リ決定シ二項特別會員推薦ノ件ハ不取敢書面ヲ以テ各評議員ニ諮リ一項及三項ノ決議ハ追テ評議會ニ報告シ承認ヲ經ルコトナセリ

（發會式ノ概況ハ佐藤氏送附ノ別項「フオッシシエ、ツアイトウング」所載參照）

五月廿四日ハ觀劇ノ案內ヲ受ケ同廿五日ハ主ナル準備委員及各國代表者各一名宰相ビユロー候ヲ訪問シテ鄭重ナル謝辭ヲ受ク

國際癌研究會擧行順序ハ大要前日ノ通リデアルガ役員撰擧ハ幹部委員會ニ於テ行ハレ青山幹部委員ノ代理トノ佐藤氏參列セラレタリ其際撰出ノ役員ハ會頭ツエルニー氏同代理トシテ佛、丁、米國ヨリ各一名撰出セラレ出納主任ニハハンゼマン氏其代理推薦ハ同氏ニ一任セラレ理事長ニハマイエル氏其代理ハ未定幹部委員陪席者ニハ露ノポドウイソツキー氏墺ノホーヘンエグ氏伊ノゴルギー氏撰出セラレ名譽會頭ニハライデン翁ヲ推薦セリ又獨逸側ノ名譽會員特別會員ノ顏觸レヲ擧グレハ名譽會員ニハビユロー候大臣ホルウエー敎授ワルダイエル氏ナウニン氏外四名特別會員ニハフリユツケ氏レンウエルス氏ハンゼマン氏レヲボルド氏ウッドルフ氏ゾンチンブルヒ氏外八名推薦セラレタリ

本邦癌研究會ヲ代表シテ參列ノ勞ヲ取ラレタル佐藤、雨宮、秦ノ三君ヨリ閉會後景況ヲ報告セラルヽト同時ニ本邦正會員撰擧ニ關シテハ止ムヲ得ス臨機越權ノ處置ヲ取リタル次第ナレバ生等ヨリ正式ニ申出タル靑山、本多兩博士ハ据置カレ他ノ三名ニ充テラレタル余等ガ一時業職ヲ汚シタルヿ不本意ナレバ至急三名ヲ推薦差換相成度但シ內一名又ハ二名ハ便宜上伯林滯在者ヨリ撰出セラレンヿヲ希望スル旨附記セラレタリ又國際癌研究會理事長マイエル氏ヨリモ七月廿四日附ヲ以テ本會宛本年五月廿三日設立國際癌研究會ノ決議ニ基ソキ撰出セラルベキ貴會推薦ノ名譽會員、正會員特別會員ノ氏名至急通牒相成度旨照會シ來レルヲ以テ次項ノ如ク理事會ヲ開キ其決議ニ依リ回答スルヿトナレリ

北海道小樽區手宮裡町一八、　澤田光壽
旅順海軍病院內海軍々醫學會　齋藤有記
三重縣三重郡羽津村羽津病院　森正道
Kantstr. 63 III Berlin-Charlottenburg Deutschland　秦佐八郎
東京府下豊多摩郡青山原宿一六七、　大塚陸太郎

（轉居）

◎地方會員之部

橫須賀氣附軍艦香取　根來祐春
P. O. Box 986 Seattle. Wash. M, S. A.　植松田津磨
佐世保軍港氣附軍艦春日　山本英忠
軍艦對馬（清國上海碇泊）　齋藤恭三

○國際癌研究會ノ成立

（五月廿四日「フホオシシエー、ツァイトゥンク」所載）

前世紀ニ於テ醫學ハ總テノ方面ニ長足ノ進歩ヲナシ、外科ノ發達、傳染病豫防ノ如キ其ノ著ルシキ者ナリト雖モ、惡性腫瘍ニ對シテハ何等得ル所モアラザリキ。高等外科的技術ハ癌患者ノ治療ニ及ボサレ、早期診斷ニヨレバ腫瘍ノ摘出ニヨリテ多數ノ者ハ治癒セシメ得可キニ至リタリト雖モ、又日光及ビ照輝療法ハ癌治療上ニ屢々好果ヲ收メシムルト雖モ、尙ホ惡性腫瘍ノ本態ニ就テ

◎評議會

第二回理事會決議事項中特別會員推薦ノ件ニ付評議會開會スベキ筈ナレ𪜈回答ノ期日切迫ノ爲開會ヲ畧シ書面ヲ以テ可否ヲ諮リタルニ多數決ヲ以テ理事會決議ノ通リ可決ス

會員異動

(新入會)

◎東京市內之部

麹町區下六番町二三、　魚住完治

◎地方會員之部

山口縣都濃郡德山町　佐藤恒丸

栃木縣宇都宮市神野病院　奥田道有

大阪市東區道修町四ノ二、　神野勇三郎

長崎市豊後町一四、　高安道成

鹿兒島縣立鹿兒島病院　田代正

名古屋市南武平町七、　田中苗太郎

Greifswald Kuhstrasse 8. Deutschland　小島浦三郎

小林固太郎

ノ會合ニ於テ問題トシテ提出セラレタル者次ノ如シ。

（一）癌研究及ビ癌患者救療、癌豫防、癌患者看護ニ付テノ設備ノ輓推、
（二）單位的國際癌統計ノ製作、
（三）凡テノ癌研究問題ニ關スル國際的發信所ノ設立、
（四）國際的專門機關雜誌ノ發刊、
（五）國際的癌研究協會開設ノ準備、
（六）會合ノ場所ヲ伯林トスル事、

而シテ役員ニハ左ノ諸氏撰出セラレタリ、

常置名譽會頭　エルンスト、フォン、ライデン氏
會頭　ツエルニー氏（ハイデルベルグ）
副會頭　ピエル、マリー氏（巴里）
同　フィビーゲル氏（コーペンハーゲン）
同　合衆國代表者（人撰ハ本國委員ニ一任ス）
會計主任　フォン、ハンゼマン氏（伯林）
理事長　ゲヲルグ、マイエル氏（伯林）

以上記載外ノ理事ハ「プロフェソール」フォン、ボドウイソツキー氏（セント、ペーテルスブルグ）フォン、ホーヘネッグ氏（ウヰーン）ゴルジー氏（パピア）ナリ

創立式ニ次デ祝賀會アリ、列席者ハ獨乙ノ官廳、國家、大學、陸海軍衞生團、醫會ノ代表者ナリ其ノ主ナル人々ヲ揭グレバ、文敎大臣「ドクトル」ホルレ氏ハナウマン及ビフォルステルノ兩局長、樞密顧問官シュミットマン、アッシエンボルン、及ビキルヒネルノ諸氏ト共ニ席ニ着キ、內務省ヨリ

ハ依然暗黑ニシテ、且ツ一定度以上ニ發育シタル腫瘍ニ對シテハ治癒ノ望ナキナリ、然カモ早期診斷ハ甚ダ困難ナリ、何トナレバ此ノ腫瘍ノ惡性タル所以ハ單ニ生命ニ向ツテ危險ナルノミナラズ、其ノ發生潛行性ニシテ長ク患者ノ注意ヲ引ク可キ僅カノ苦痛ヲモ惹起セザル故ナリ、患者ノ始メテ不快ノ感ヲ覺エタル時ニ於テハ已ニ奏効確實ナル處置ヲナシ得可キ期ヲ失セル事多シ、殊ニ身體ニ就テ多クノ注意ヲ拂ハザル者、或ハ些少ノ苦痛ヲ殆ント介意セザル者ニ於テ然リトス。今ヤ惡性腫瘍ノ數ハ增加シ、癌及ビ其ノ類似疾患ガ他ノ疾患ニ對シテ死因統計中益々高位ヲ占メツヽアルヲ見テ、世人ハ遂ニ研究ヲ新方面ニ進メ、且ツ特殊ノ方式ヲ要ス可キ者アルヲ確信スルニ至リヌ。

多年來特ニ伯林ノ臨床家フォン、ライデン氏ハ癌撲滅ノ必要ヲ唱ヘ、先ツ伯林ニ癌研究ニ關スル特別研究所ヲ設立シ、次デ他ノ研究所ト共ニ獨逸研究中央委員會ヲ起セリ。コーペンハーゲンニ於ケルイエンゼン氏ハ研究方面ヲ實驗ニ求メタルト共ニ癌研究ハ實ニ有力有効ナル一大飛躍ヲナシタリキ、之レ僅ニ數年前ノ事ナリ、然ルニ今ヤ少時ニシテ殆ンド各文明國ニハ特殊癌研究所ノ設立セラレザルナク、又到ル所癌研究委員會ノ成立ヲ見ルニ至レリ、而シテ西歷一千九百〇六年ノ秋ハイデルベルグ癌研究所ノ開場式ヲ期トメ開カレタルハイデルベルグ及フランフルト、アム、マインニ於ケル國際癌研究協議會ハ比較的短時日ニテ暗黑面ノ一部ガ照明セラレタル事實ヲ發表シタリ此ノ協議會ガ各國ニ於ケル經驗及ビ意見ノ交換ガ各研究所ニ著ルシキ好果ヲ與フル事ヲ敎示セシヲ以テ、終ニ國際癌研究會ナル確固タル會合ノ團結ヲ見ルニ至レリ。

此ノ國際會合ノ創立式ハ昨日伯林ニ於テ擧行セラレタリ、即チ「シャリテ」ノ病理學敎室ノ講堂ニ於テエルンスト、フォン、ライデン氏司會ノ下ニ獨逸、墺太利、ウンガルン、佛蘭西、魯西亞、丁抹、北米合衆國、日本等總ベテ十三ケ國ヨリ特ニ派遣セラレタル癌研究者ノ小集合ヲ催セリ、此

シテモ適用セラル、ニ到ラン事ヲ望ム云々。極密顧問官オルト氏ハ病理學教室ノ主人トシテ陳ベラル、今此ノ會合ノ開カレツヽアル此ノ家屋ハ未ダ十年ヲ經ザレモ已ニ歷史的意味ヲ有ス、此ノ家屋ハルドルフ、ウイルヒヨウ氏ノ遺寶、彼レガ全生涯ノ蒐集標本ヲ藏シ醫者及ビ素人ノ教育ノ爲メニ陳列セラル、曾テウ翁第八十回誕辰日ヲ祝センガ爲メニ萬國ノ學者ガ會合セシモ此室ナリキ、ウ翁ノ名ハ癌研究ト永遠ニ離レザルナリ、彼ノ腫瘍ニ關スル書籍ハ縱令完結セズ、殊ニ癌ニ關スル部ニ於テ然リト雖モ世界的「リテラトゥール」ニ屬ス、最後ノ講義ハ確カニ筆記セラレテアリシモ何故ニ印刷ニ付セラレザリシヤト云フニ、恰度當時殊ニチールシユ及ビワルダイエル兩氏ノ癌ニ關スル新著述顯ハレ、其內ニハ新知見アリ、且ツウ翁今日迄ノ學說モ一部ハ改訂セラレタリ、故ニウ翁ハ彼自身ニ最早眞理ト思ハレザル者ヲ出版セント欲セズ、且ツ又新編纂ニモ從事セザリキ、ウ翁ニシテ若シ今此ノ癌研究ノ新發展ニ遭遇センカ卒先シテ盡力セシナル可シ、願クハ此堂ノ靈善ク此ノ新會合ヲ守護シ、新會合ノ事業ガウ翁ノ精神ニ充サレン事ヲ。次デ市會議員ストラスマン氏ハ伯林市ヲ代表シ、「ドクトル」ムグダン氏ハ獨逸聯合醫會ヲ代表シテ各祝詞ヲ述ベラル。其レヨリ次ノ學術講演アリ。

○癌腫ノ原因ニ就テ　「ドクトル」ボレル氏（巴里パストール氏教室）

演者ハ先ツ獨逸ノ研究ニ讃辭ヲ呈シ、次デ癌研究ノ形而上學的問題ヨリ實驗的問題ニ移リシ次第ヲ述ベ、イエンゼン（コッペンハーゲン）、エールリッヒ及ビ其同僚（フランクフルト、アム、マイン）、フヨン、ライデン、エル、ミハエリス、レヴイン（伯林）、バシュフォード（倫敦）諸氏ノ事業ヲ賞讃セリ、癌腫ノ移植シ得又移植ヲ繼續スレバ癌腫ヨリ肉腫ヲ發生スルテフ事實ヲ知リシ以來癌ニ對スル吾人ノ知見ノ進步ヲ說明シ、且ツ曰ク、恰モ細菌學ガ三十年以前ニ傳染病ノ原因的研究ヲ以テ初メタルガ如ク、吾人ハ未ダ發達ノ創始ニ立テルナリ、假令一ツノ腫瘍ガ幾回トナク屢

ハ局長フォン、ヨンク（キー）レス氏樞密顧問官「フラヘヘル」フォン、スタイン氏出席セラル、其ノ他陸軍々醫總監「プロフェソール」シユエルニング氏、衛生局長官ブム氏、「シャリテー」管理者樞密顧問官ビユッテル氏、及ビ軍醫監シャイベ氏、帝國生命保險局樞密顧問官ジーファルト氏、市會議員ストラスマン氏、伯林市統計局長「プロフェソール」ジルベルグライト氏、普國統計局樞密顧問官グツトスタアツト氏、警視總監樞密顧問官ウエーメル氏、大學教授ニハフォン、ライデン氏、ワルダイエル氏、オルト氏、フォン、ハンゼマン氏、フェルディナンド、ブルーメンタール氏、エル、ミヤエリス氏、ゲオルグ、マイエル氏、イスラエル氏、ベンダ氏、國會議員ニハ「ドクトル」ムグダン氏、リデイヤ、ロビノウキチエ氏、其他「ドクトル」イ、ウオルフ氏（伯林）、ツエルニー氏（ハイデルベルグ）、エールリッヒ氏（フランクフルト、アム、マイン）、レンハルツ氏、及ビノホト氏（ハムブルグ）、「ドクトル」ワインベルグ氏（スツットガルト）、イエンゼン氏及フィビーピーゲルル氏（コーペンハーゲン）、フォン、グラスハイ氏（ミュンヘン）、ボレル氏（巴里）等知名ノ士多數ナリ。

「プロフェソール」フォン、ライデン氏開會ヲ宣シ、且ツ獨逸委員會ヲ代表シテ祝意ヲ表シ、國際癌研究會ノ設立ニ至ル迄ノ歷史ヲ單簡ニ陳ベ。次デ文敎大臣「ドクトル」ホルレ氏ハ首相及ビ普國政府ノ名ニ於テ祝詞ヲ述ヘ曰ク、本日ハ吾人ガ一ノ社會政策的事業ニ歩ヲ進ムル希望ニ充サレタル日ナリ、各國研究者ノ連合ニヨリ研究ノ結果ヲ妬心ナク交換スル事ニヨリテ遂ニ眞理開明ノ域ニ達セザル可カラズト。大學ノ祝辭ハ大學總長「プロフェソール」スツンプ氏ニヨリテ陳ベラレタリ、曰ク、タトヘ新ナル道、新ナル想ハ獨リ個人的天才ニヨリテ開發セラルトハ雖モ、其レヲ完成シ、其レヲ利用センニハ、多數者ヲ要ス、ゾフオクレスハ醫者ニ就テ醫ハ死ヲ轉ジテ生トナス事能ハザレモ疾病ノ治療法ヲ發見セリト言ヒタルガ、此ノ「發見セリ」ハ今後間モナク癌ニ對

無數ノ動物試驗ヲ要シ、各國研究所ノ共同一致ニヨラザレバ其ノ目的ヲ達シ得ザル可シト論ゼラル。

○癌並ビニ惡性腫瘍ニ對スル刺戟說ノ新見解

「プロフェソール」ボドヴイソツキ氏（ペーテルスブルグ）

刺戟說ハ最舊學說ニ屬シ、ウィルヒョウ氏ハ之レヲ癌發生說ニ應用セリ、細胞ノ造構、化學的現象ニ對スル諸種刺戟ノ作用ヲ知ラシメタル最近ノ實驗ハ癌疾患ニ對シテモ一定ノ刺戟ノ意味アル可ク想像セシム。

（醫學士緒方知三郎譯）

々甲動物ヨリ乙動物ニ移植セラレ得ルモ、腫瘍細胞ハ常ニ甲動物ヨリ由來スル事及ビ癌腫ニ在リテハ其細胞ハ常態細胞ノ變形物ニシテ非常ナル增殖力ヲ獲得セシ者ト理解セザル可カラザル事ハ已ニ證明セラレタリ、此變形、增殖ノ原因トシテハ或ル一定ノ「ウイルス」ノ伏在スルニアラザルカ、今日迄此點ニ關シテ試ミラレタル研究ハ凡テ其成績陰性ナリキト、終リニ演者ハ將來研究ノ步ヲ進ム可キ方法ニ就テ說明セリ。

○ウンガルンニ於ケル癌腫統計　「プロフェソール」ドリンゲン氏(ブタペスト)

演者ハ自國ニ於ケル癌患ニ因スル死亡數ハ醫士ノ診斷シ得タル癌患者ノ數ノ約三倍ニ上リ、且ツ又癌死亡者ヨリモ癌患者ノ多數ナル事實ヲ揚ゲラル、此ハ獨逸ニ於テモ同樣ナル可シ、此レ多數ノ癌患者ハ其疾患ノ存在ヲ自覺セズ、又其苦痛ノ僅少ナル爲メニ醫士ノ治療ヲ求メザル者多キ故ナリ、ウンガルンニ於テハ地方ニ在リテハ都會ノ三分一ノ癌腫ヲ認メタリト、次ニ各臟器ニ付テ癌腫統計ヲ述ベ、臨床上ノ經驗及ビ死亡率ニヨリ見ルモ、癌腫ノ位置ノ關係ニヨリ早期ニ診斷セラレ、且ツ早期ニ手術セラレタル者ニ在リテハ、癌腫ニ對スル外科的治療ノ成績好良ニシテ死亡率少シト論ジ、各國ニ通ゼル單位的癌統計ノ作成ヲ望ムトテ講演ヲ結バレタリ。

○實驗的癌腫研究ニ於ケル一二ノ問題　イェンゼン氏(コーペンハーゲン)

氏ハ此問題トシテ人間ニ近キ大ナル動物ニ就テノ實驗的癌腫研究ノ意ナルヲ注意シ、先ツ「マウス」ニ癌腫ヲ繼續シテ移植スル際ニ起ル顯微鏡的造構ノ變化ノ原因ヲ新宿主ノ組織ノ特性或ハ腫瘍自個ノ性質或ハ又數度ノ移植ニヨリテ起リタル一種ノ純培養法ニ歸ス可キカヲ論ジ、次デ光線ノ影響、抗癌血清ノ探索、免疫ニ關スル問題ヲ述ベ、フランクフルト、アム、マインニ於テ癌ニ對シ感受性ヲ有シタル「マウス」系ノノルウェーゲンニ於テ免疫性ナリシ事實ハ變化セル生活狀態ノ影響ニヨル者ナル可シ、故ニ此方面並ビニ遺傳ニ就テハ研究ス可キ者ニシテ、此レガ爲メニハ

○アントン、スチッケル、地方病的癌（Anton, Sticker, Endemischer Krebs. Zeitschr. f. Krebsforschung. Bd. 5, H. 1, 1907.）

著者ハ人口ノ增減著ルシカラズシテ且ツ八十年來ノ死者ノ原因等ニ於ケル詳細ナル記事ヲ有スル一小地ニ就キ調査シ、其結果トシテ該地ニ於ケル或ル一區域ニ癌ノ著ルシク多發セルコト、此區域ハ其地ニ於テ最モ低位ニアリテ家屋ハ濕潤セル地上ニ建設セラレアルコト及ビ癌ガ屢々或ル一家族中ニ多發スルコトヲ明カニ認メタリ、而シテ著者ハ此所見ハ癌ガ人カラ人ニ直接傳播スルコトヲ示スモノニシテ、癌細胞ガ恰カモ胎生時轉位セル細胞ノ如ク長時潛伏シ、其生活ヲ保ツコトハ實驗的ニ證明セラルヽガ故ニ癌ハ傳染後數年ヲ經テ初メテ現出スルモノナラント想像セリ（丸山抄）

○エンリコ、マルチニ、黑色素肉腫ノ臨床的幷ニ病理解剖學的知見增補（Enrico, Martini, Beitrag zur klinischen und anatomisch-pathologischen Kenntnis des Melano-sarcoms. Zeitschr. f. Krebsforschung. Bd. 6, H. 1.）

皮膚直腸並ニ下顎腺ニ於ケル各一ノ黑色素肉腫例ヲ報告セリ、而シテ最後ノ下顎腺ニ於ケルモノハ特ニ趣味アルモノニシテ、五十八歲ノ男子

セラル、モ。此等細胞ノ作用現ハレザレドモ、已ニ癌胞巢ノ確カニ浸入シ初メタル部分ニ在リテハ、骨髓ハ全ク緻密ナル結締組織ヨリナル間質トナリ、骨材ニハ前記兩細胞ニヨル骨組織ノ新生及ビ破壞ヲ見ル、尙ホ腫瘍ノ中心ニ向フニ隨ヒ間質ノ增加ヲ認ム、茲ニ注意ス可キハ癌珠內ニ存スル骨片ナリ、其大部分ハ已ニ骨疽ヲ呈シ、又骨細胞ノ大サ、形狀、數ニ依リテ其ノ新舊ノ別アルヲ知ル、此ノ骨片ノ癌珠內ニ入リシハ全ク他動的作用ニシテ、癌胞巢ノ進ミテ骨片ニ近ツク際、壓迫萎縮ニヨリテ、癌胞巢ト骨片トノ間ニ存セシ結締織間質ハ漸次ニ消失シ、胞巢ノ該局部ニ當ル癌細胞ノ營養障碍ヲ惹起シ、細胞新生機能停止スルニ至ルモ、其ノ接觸部以外ニ於テハ癌細胞ノ增殖ハ繼續スルヲ以テ、癌胞巢ハ周圍ニ向ッテ廓大スルト共ニ骨片ハ癌胞巢ノ中央部ニ移動シ、全ク癌珠內ニ圍擁セラルヽニ至リシナリ、而シテ癌細胞ハ此ノ骨片ニ向ッテ侵蝕作用ヲ有スル者ノ如ク、骨片ノ一端ノ癌胞巢內ニ存スル者ヲ見ルニ、其癌珠內ニ在ル部分ヨリモ胞巢周圍部即チ癌細胞ノ侵在セル部分ニ存スル所菲薄トナリヲルヲ認ム、勿論骨片ノ未ダ結締組織內ニ存セシ時期ニ於テ蝕骨細胞ニヨリテ破壞セラレタルニモヨルナルベシ、而シテ又癌珠內ニ入リシ骨片ハ全ク營養ヲ受ケザルヲ以テ早晩骨疽ニ陷ルナリ。

第二ニ注意ス可キハ周圍ノ結締織間質ヨリ胞巢ニ向ッテ癌珠內ニ侵入スル「エヲジン」ニヨリテ赤染スル極メテ細キ同質樣ノ纖條ナリ、此纖條ハ癌珠角質板ニ垂直ノ方向ニ走レリ、其ノ結締組織小纖維束ノ硝子樣ノ變性ニ陷リタル物質ナル事ハ其癌間質ヲ作レル結締組織トノ移行及ビ共ニヴアン、ギーソン氏染色法ニヨリテ赤染スルトニヨリテ明瞭ナリ、（抄譯者曰ク硝子樣變

下顎骨ノ下側ニ骨ト癒着セザル一ハ胡桃大一ハ超雞卵大ノ結節狀腫瘍ヲ形成セリ、此等腫瘍ハ周圍ヨリ容易ニ剝離セシムルヲ得且ツ手術後ノ創口ハ第一期癒合ニテ治シタリ、其後二年間ハ再發無ク確定的治癒トシテ之ヲ認ムルヲ得タリシモ、後チニハ遠隔セル所ニ結節ヲ現出スルニ至リタリ、此結節ハ割面灰赤色乃至黑色ヲ呈シ淋巴腺組織中ヲ一部胞巢狀造構ヲ有シ且ツ一部ハ種々ナル形狀ノ色素細胞ヨリ成レル腫瘍ノ充滿セルヲ認メ、此色素ハ鐵反應無ク顯微鏡的所見ニ由レハ此腫瘍ハ明カニ黑色素肉腫ナリキ、著者ハ此腫瘍ノ原因トシテ下顎下淋巴腺内ニ皮膚ニ於ケル色素小胞ノ迷入セル爲メナルベシト考ヘタリ、又著者ハ三例中何レノ場合ニ於テモ色素ヲ有セル細胞ハ明カニ老衰シ已ニ分化シ盡シタル者ニメ、既ニ其一部ハ進行的變性ヲ呈セルモ其初期ニアリテハ分化僅微ニメ色素ヲ缺キ圓形ニシテ比較的大ナル核ヲ有シ色素ヲ有セル細胞ト異ナリ核分剖像ノ屢々存在スルヲ認ムト

（丸山抄）

○エルドハイム、癌珠内骨及結締組織封入ニ就テ（Dr. J. Erdheim, Über Knochen- und Bindgewebseinschlüsse in Krebsperlen, Virchow's Archiv Bd. 191. Heft 2.）

著者ハ四十四歳ノ男子ノ左下腿骨髓炎瘻ニ基因シテ生ゼシ表皮癌ノ一例ニ就テ、其ノ骨組織内ニ浸潤スルニ際シ、癌珠内ニ骨及ビ結締組織ノ封入セラル、狀態ヲ精細ニ記載シ、且ツ其ノ成立ニ就テ解釋ヲ試ミタリ、其ノ概略左ノ如シ。癌腫浸潤ノ初マラントスル部分ニ於テハ、骨髓ハ細胞核ニ乏シキ纖弱ナル纖維樣髓ニ變シ、骨材ハ所々蝕骨細胞及ビ骨新生細胞ニヨリテ圍繞

、ガ如ク、又其ノ畧ホ纖維樣ニ見ユル點モ亦筋腫ニ類セリ。此主腫瘍ノ內側ニ四個ノ豌豆大乃至蠶豆大ノ其色、硬度、構造全ク主腫瘍ニ一致スル腫瘍ヲ認ム。

而シテ著者ハ軸索染色法トシテハロマニー、カヂャル—レバジチ氏ノ方法ヲ賞讚シ、ビールシヨウスキー氏ノ方法ハ結締組織ノ同時ニ染色スルヲ以テ劣レリトナシ、髓鞘染色ニハワイゲルト—ベンダ氏ノ法、神經細胞染色ニハフロエシェル氏法ヲ用ヒ、何レモ好結果ヲ得タリト云ヘリ。

顯微鏡的所見ニヨルニ神經細胞性神經腫タル事明カナリ尤モ主腫瘍ノ原發腫瘍トナシ他ノ副腫瘍ヲ轉移ト認ム可キカニ就テハ疑ナキニ非ズ、主腫瘍モ副腫瘍ト同ジク其ノ周圍部ニ尙ホ淋巴組織及ビ脂肪組織ヲ有スルニヨリ、副腫瘍ト共ニ淋巴腺ニ於ケル轉移腫ト理會シ得可キガ如シト雖モ、其他ニ主腫瘍ト認ム可キ者ナク、且ツ神經細胞ヲ有セシ神經腫瘍內ニ淋巴組織ノ存セシ前例モアリ、又主腫瘍ト副腫瘍トハ其ノ大サ及ビ其ノ組織成分ノ分量的差異ノ著明ナルニヨリテ考フルニ、主腫瘍ハ腎ノ內側ニ在ル交感神經節(恐クハ內臟神經節)ニ原發セシ神經細胞性神經腫ニシテ他ノ副腫瘍ハ其ノ淋巴腺轉移ナル可ク、又腫瘍ト精神障碍トノ間ニ或ル關係ノ存スルニ非ズヤト思ハルト結論セリ。(醫學士 緒方知三郎抄)

○ノイベルグ、黑色腫ノ化學的知見(Neuberg, zur chemischen Kenntnis des Melanoms Virch. Arch. Bd. 192. Heft. 3.)

著者ハ副腎ニ原發セル黑色腫ノ肝臟及膽囊ニ生シタル轉移結節ニ付キテ化學的研究ヲ遂ゲンガ

性物ハヴアン、ギーソンニテ寧ロ帶黃赤染ス然ルニ右纖條ガ赤染スルニ鑑ミレバ變性セルニハ非ラザルガ如シ）此ノ纖條ハ前骨片ト同ジク他動的ニ癌胞巢內ニ入リシ者ナル可シト雖モ、骨片ト異ナリ前述ノ說明ニテハ滿足スル能ハズ、癌胞巢ノ擴大シ、互ニ相接近スルニ從ヒ胞巢間ニ存セシ結締織間質ハ終ニハ狹小ナル索狀ヲナシ、壓迫ノ結果硝子樣變性ニ陷リ、此部分ヨリ營養ヲ受ケシ癌細胞ノ增殖止ミ、胞巢ノ此ノ細キ纖維ニ接スル部分ハ全ク化角シ、細胞ノ存在ヲ認メザルニ至リタルナリ、即チ胞巢ノ互ニ融合スル際其ノ間ニ存セシ間質ノ殘留物ト見做ス可キ者ナリ、（抄譯者曰ク前記入ノ理由ニテ或ハ角化上皮ヲ組織化ノ意味ナル結締織ナルヤモ知レズ）又纖條ノ肉叉狀ニ分岐セル者アルハ初メハ平行シテ走リシ二纖條ノ間ニ存セシ癌細胞ノ發育ノ止ミタルニモ關セズ胞巢ノ他ノ部分ニ於テハ細胞盛ニ增殖シテ胞巢ハ擴大シ、爲メニ二纖條ハ結合スルニ至リシ者ナル可シ。

（醫學士　緒方知三郎抄）

○ミルレル、轉移性ヲ有スル神經細胞性神經腫ノ一例（Dr. John Willoughby Miller, Ein Fall von metastasierendem Ganglioneurom, Virchow's Archiv Bd. 191. Heft. 3）

著者ハ多少精神障碍ヲ認メタル自殺セル十六歲ノ處女ノ屍ニ就キ、偶然發見セル稀有ナル神經細胞性神經腫ノ一例ヲ報告セリ。

該腫瘍ハ脊椎ト左腎トノ間、腹膜後結締織內ニ位シ、腎門部ト硬ク癒着セリ、腫瘍ノ大サハ腎ノ五分ノ二ニ達シ、長扁平形ニシテ、少シク不規則ナル表面ヲ有ス、一般ニ帶黃白色ヲ呈シ、硬度ハ堅牢ニシテ恰モ子宮纖維腫性筋腫ヲ觸ル

色素沈着及ビ「メラノブラストーム」ノ表皮性起原ニ就テ、膽囊ノ原發「メラノブ、ラストーム」

(Wieting und Hamdi, Ueber die physiologische und pathologische Melaninpigmentierung und den epithelialen Ursprung der Melanoblastome. Ein primaeres Melanoblastom der Gallenblase. Ziegler's Beitr., Bd. 42, H. 1, 1907.)

著者ガ生理的「メラニン」色素沈着ノ研究ニ供セラレタ材料ハ即チ犬ノ口ノ皮膚、進ンデ此動物ノ齒槽端及ビ下唇、其他犬、猫、家兎胎兒ノ耳鼻眼瞼、黑奴ノ皮膚或ハ初生兒、蛇皮、龜甲、鷄胎生兒及ビ眼球色素等ナリ、其研究ノ結果左ノ如ク結論セリ。

(一)色素沈着ハ已ニ存在セル色素成生力ヲ有スル表皮殊ニ胚種層ノ性質ノモノナリ

(二)烈シキ要求ノ際ニハ各細胞ハ殊ニ早ク且ツ有力ニ其作用ヲ營ム、只此ノ表皮ノ性質ヲ有スル細胞ノミヲ著者ハ「メラニン」成生細胞 Melanoblasten ト名付ケリ、此等細胞ハ「アメーバ」樣運動ヲ有シ得、例ヘバ胚種層ニ沿フテ毛ノ生ズル所ニ遒遙セリ(抄錄者曰ク上皮細胞ノ「アメーバ」樣運動ハ甚奇ナリ吾人ハ結締織性迷走細胞ガ此ノ性質ヲ有スルヲ知レド上皮ニハ缺如スル者ト信ジタリ)

(三)著者ハ續發性色素ヲ自個ノ中ニ收容スル細胞ヲ色素小胞(chromatophoren)ト名付ケリ

(四)後ニ至リ表皮ヨリ眞皮及ビ其細胞內ニ向ヒテノ一種ノ運搬行ハルナリ、其後淋巴腺內ニ向ヒテモ亦行ハルナリ、多クノ色素ハ之レニヨリテ害セラルナリ

(五)總テノ眼球色素ハ網膜表皮內ニ原發シ、而

爲メ先ヅ腫瘍組織ヨリジョーン、アーベル並ニフユルトノ法ニ從ヒ越幾斯ヲ製出シ「アドレナリン」ノ有無如何ヲ檢セシニ陽性反應ヲ呈セザリキ、著者ハ更ニビッケル氏ノ補助ヲ得テ上記越幾斯ヲ以テ動物ニ就キテ血壓試驗ヲ行ヒシモ何等ノ變化ヲ認メザリキ即チ轉移結節組織内ニ「アドレナリン」ヲ說明シ得ザルハ恐ク該物質ガ黑色素ノ成生ニ關與セル爲メナラント思考セリ、(抄譯者曰ク單ニ「アドレナリン」ノ腫瘍形成ニ關セザル者トモ考ヘラル、ガ如シ)而シテベストランド及ブルグレーノ實驗トフユルト氏研究ノ結果ハ著者ヲシテ黑色腫ニ於ケル色素ハ一種ノ「エンチーム」ガ「アドレナリン」ニ作用セル爲ニ生スルモノナルヿヲ確信セシメタリ此ニ於テ著者ハ上記黑色腫ノ大量ヲ片截シ生理的食鹽水ヲ加ヘテ磨碎シ三〇瓦ノ透明ナル濾過液ヲ得テ次ノ試驗ヲ施セリ。

(一)「チロシン」飽和溶液ト混スルモ變化ナシ

(二)「プロセント」ノ「アドレナリン」溶液ニヨリ數秒ニシテ褐色ヲ呈シ十二時間孵竈内ニ置ケバ絨毛狀沈澱ヲ生ス

(三)「ペーヲキシフエニールエチラミン」ノ一%水溶液ニヨク「アドレナリン」ニ類似セル反應ヲ示セドモ沈澱物ハ顯ハレズ

以上ノ關係ヨリ動物體内ニ存スル「アドレナリン」ハ「ペヲキシフエニールエチラミン」ノ階級ヲ經テ「チロシン」ヨリ生ズト云フエル、ハレー氏ノ持論ヲ承認シ同時ニ黑色腫轉移結節内ニ產出サレタル「アドレナリン」ハ「エンチーム」ノ作用ニヨリテ黑色素ヲ構成スルモノナラント結論セリ。(醫學士　木村敬義抄)

○ウイーチング及ビハンデイ、生理的及ビ病理的「メラニン」

プラステン」ハ全然結締織性ナルヤ疑無キガ如シ殊ニ著者ノ「メラノブラステン」ノ道遙運動ノ如キハ會々其ノ結締織色素細胞ノ性格ヲ遺憾ナク發揮セル者ト謂フベシ。（尾畑政一抄）

○ダルラ、フヮベラ、色素母斑ノ知見增補（Dalla Favera. Ein Beitrag zur Kenntnis der Pigmentnaevi. Ziegler's Beitr., Bd. 43, H. 1, 1908.）

著者ハマルシャン氏敎室ニ在リテ種々ノ年齡ヲ經タル三十例ノ母斑ニ就キテ研究シ、遂ニ色素母斑（軟疣及ビ軟疣ヨリ變化セザル雀斑）ハ、廣義ニ於テ表皮ヨリ生ズルモノニシテ、皮膚ノ附屬器 Anhangsgebilde ガ母斑構成ニ加ハルコトヲ證明スルニ至レリ、即チ初生兒ノ母斑ハ最モ之ノ事實ヲ明カニスル像ヲ呈セリトセリ

著者ハ母斑巢殊ニ古キソレノ中ニ見ル小サキ結締織網及ビ彈力纖維網ヲハ、發育シタル表皮性母斑細胞ニヨリテ取リ込マレタル眞皮組織ナリトシ、一部ハ尙且ツ新生セシモノトセリ

著者ハクロマイエル氏ニヨリテ唱道セラルヽ母斑細胞ノ結締織細胞ニ變化スルヲフ Desmo-[1-sic]ヲ承認シ能ハズトセリ

著者ハエールマン氏色素形成細胞ヲ表皮細胞トナシ、之ノ色素形成細胞ハウイーチング氏及ビハンデイ氏ノ意味ニヨリテハ色素構成ニ向ヒテ殊ニ變化セシモノナリト之レニ反シテ著者ハアベッセル氏ノ云フ如ク眞皮中ニ在ル色素細胞（色素小胞 Chromatophoren）ハ表皮ヨリ悉ク生ジタリトセズ（母斑構成ニ際シ色素形成細胞ハ溶解作用ニヨリテ勿論之レニ關與スレモ）他ノ色素小胞ハ尙ホ結締織細胞タルノ跡ヲ供フト云フ

著者ハ斯ノ如クシテ母斑ニ於テハ色素構成ノ原

シテ之レヨリ脈絡膜ニ、更ニ眼球ノ遠隔ノ部ニ傳播セラル

(六)著者ハ殊ニ色素沈着ノ際ニ詳細ノ現象ニ對シ生理的並ビニ病理的色素沈着ニ向ヒ大體レッセル氏ノ意見ニ一致セリ、即チ色素ハ核產出物ナリト

病的「メラニン」色素沈着ハアディソン氏病患者皮膚、古キ潰瘍、單純及ビ複雜ノ皮膚母斑、種々ノ「メラニン」腫瘍ニテ研究セラレタリ

此ノ研究ノ結論ニ就キテモ注意ス可キ價値アリ

(一)病理的ニモ「メラニン」色素ハ常ニ表皮細胞ヨリ發生ス

(二)著者ハ殊ニ母斑細胞ノ發生ニ對シテ之レハ單純ノ性質ノモノニアラズ一部ハ淋巴管內被細胞性、一部ハ表皮細胞性ノモノナリテフヨセッフ氏ノ說ヲ贊セリ

(三)「メラニン」性腫瘍ハ表皮細胞ヨリ發生ス、其細胞ハ增生力ト特種ノ色素成生力トヲ併有ス故ニ彼等ノ生理的前形即チ Melanoblasten ニ類似スルノ理ニ由リテ腫瘍ヲ「メラノブラストーム」ト名付ケタリ

(四)眼球內ノ「メラノブラストーム」及ビ中心神經ノ被膜ニ於ケル原發性「メラノブラストーム」ノ際其發生ハ恐ラク害セラレタル神經表皮性細胞ヨリナル可シ

(五)著者ハ遂ニ內胚板性表皮細胞モ亦色素成生力ヲ有スルコトヲ信ズルニ至レリ

抄錄者曰ク著者等ノ「メラノブランテン」ノ起原ヲ表皮細胞ニ歸シ皮下、眼球脈絡膜、腦膜ノ「メラニン」性染色ヲ以テ表皮神經細胞等產出ノ色素ノ輸入ニ在リト主張セルハ一見頗ル牽强的ニシテ又確乎タル理由ヲ存セザルニ似タリ我山極敎授等ノ胎生兒ニ於ケル又尾閭骨部靑斑ニ於ケル色素細胞ノ發生研究ノ結果ニ據レバ「メラノ

分ニ與カルコヲ得、尚ホ Mesenchym ノ迷芽及ビ偶然 Myotom ノ迷芽モ亦加ハルナリト。

（尾畑政一抄）

○スチルリング氏、移植ニ就テノ試驗、（副卵巢ノ造構及移植ニ就テ）（Versuche über Transplantation. Ueber den Bau & d. Transplantation d. Epoophoron. von Prof. H. Stilling. Ziegler's Beiträge Bd. 43. H. 2.）

著者ハ、從來多クノ病理學者ガコーンハイムノ迷芽說ノ見解ニ於テ諸種ノ組織ー移植ヲ試ミタリト雖モ未ダ一人ノウォルフ氏體ノ主ナル殘存物タル副卵巢（Epoophoron）ニ就テ移植試驗ヲ爲セルヲ聞カザルヲ異ナリトシ而モ副卵巢ハ胎生的ノ高等ニ分化セル細胞ニシテ原腎（Urniere）ノ生理的退行ニ對シテ抵抗シ、終身恐ラク如何ナル官能ヲモ營マズ保存セラルヽ、即チ殊ニ抵抗强キモノナリ斯ル細胞集團ヲ血液ニ富ム臟器中ニ移植スレバコーンハイム氏ノ謂フ如ク腫瘍形成ニ動機ヲ與フルナラントテ其ノ移植試驗ヲ行ヘリ

先ツ著者ハ家兎ノ副卵巢（Epoophoron）及側卵巢（Paroophoron）ニ就テハ未ダ解剖學者ヨリ注意ヲ拂ハレズトナシ其ノ精細ナル形狀、位置、卵巢トノ關係及顯微鏡的所見ヲ述ベ、位置ノ關係ヨリ副卵巢ヲ以テ移植ニ便ナリトシ十九匹ノ家兎ニ就テ副卵巢、其ノ周圍ノ脂肪織及卵巢ノ頭部ノ一部ヲ共ニ脾中ニ移植シ其ノ如何ナル運命ヲ取ルヤヲ驗シ次ノ如キ結論ニ到達セリ

（一）副卵巢ハ長年月恐ラク終身殘存スル者也

（二）移植セル總テノ物即腺管、卵巢網、中間體（Zwischenkörper）及加之副上腎（accessori-

發ヲ表皮ニ歸セリ

抄錄者曰ク著者等ノ說ノ如ク若シ表皮細胞ニシテ「メラニン」色素産出ノ性及迷走性ヲ有シ隨ツテ色素疣内ニ表皮性母斑細胞トシテ存在シ然カモ能ク眞皮組織網ヲ取込ミ得可シトセバ他ノ無色素性(普通)扁平上皮癌ノ屢々ナルニ反シ色素性扁平上皮癌ノ甚ダ稀少ナルハ何ゾヤ否母斑細胞表皮性說ハ未ダ充分ニ立證セラレズ。(尾畑政一抄)

○デベルナルデ、睾丸ノ類畸形腫ニ就テ、大細胞性及ビ睾丸雜腫瘍ノ意義補遺 (Debernardi, L., Ueber eine teratoide Geschwulst des Hodens. Beitrag zur Deutung der „grosszelligen" und der zusammengesetzten Hodengeschwuelste. Ziegler's

Beitr. Bd. 43, H. 1, 1908.)

マルシャン氏ノ教室ニテ研究セラレタル三十三歳ノ男子ニ廣キ轉移ヲ來セル左側睾丸ノ雜腫瘍ノ一例ハ著者ニ睾丸腫瘍ノ性質及ビ發生ニ就キテ觀察ス可キ機會ヲ與ヘタリ

著者ハ睾丸腫瘍ヲ二種ニ區別セリ

一、類畸形腫瘍或ハ狹義ニ於ケル類畸形睾丸腫瘍ニシテ之レハ組織及ビ臟器ヲ有ス其臟器タルヤ三胚板性基礎存在ニヨリテ說明スルヲ得ルナリ

二、睾丸ノ中胚板性雜腫瘍或ハ廣義ニ於ケル類畸形ニシテ之ノ了解ニ就キテハ複雜ナル胚兒性基礎 Keimanlage ヲ必要トセズ

著者ハ此第二類トシテ主トシテ記載セシ類畸形腫即チウイルムス氏ノ所謂 Bidermome ヲ著者ハ迷芽ニ由リテ說明セントセリ第一ニ胚表皮ノ部分ノ迷芽トセリ、加之原腎細胞ガ又其腫瘍成

上皮細胞（原始性濾胞グラーフ氏濾胞、胎種上皮）先ヅ壞死ニ陷リ續キテ間質ニ饒多ノ圓形細胞浸潤アル外結締織ハ殆ンド全ク硝子樣ニ變性シ移植後第廿四週ノ終期ニ在リテハ卵巢ハ唯一塊ノ硝子樣質ト化シタリ、尙睾丸ニ於テハ間質ノ變化著明ナラザレ𪜈細精管ニハ精蟲生成像消失シ既ニ廿四週ヲ經レバ其上皮細胞ハ全ク壞死ニ陷リタリ然シ此試驗ニ由リテ著者ノ期待セルガ如キ胎生腫ヲ生成スルニ至ラザリキ

尙著者ハ如上ノ變化ニ對シ殊ニ睾丸ニ於ケル變性ハ

（一）卵巢移植ニ因スル壓迫萎縮ニ由ルカ

（二）卵巢ヨリ分泌スル一種ノ物質ノ爲メニ頽癈セラルヽモノカ

（三）異物移植ノ際睾丸內輸出靜脈ヲ壓迫シタル爲メカ或ハ

（四）單純性炎性圓形細胞浸潤ニ因リ細精管ノ變性ヲ由來セルカ

等ヲ未決ノ問題トシテ揭ゲタリ

（醫學士　貴家學而抄）

○フリッツク、プレン子ル、濾胞性卵巢腫（Brenner, Fritz, Das Oophorona folliculare. Frankf. Zeitschr. f. Pathol., BD. 1. 1907.）

從前濾胞腫トシテ記載サレタル卵巢腫瘍ノ三例（皆ナ擔荷婦、老女、）ニ就キ其ガ顯微鏡像ヲ揭ゲテ記載シ之ヲ其以前カールデン、ゴットシヤルク、ガ同一腫瘍トシテ報告セル者トハ異ニシテ、シユレーデルノ例ニ一致スル者トセリ、而ノ氏ハ該腫瘍ノ發生ニ就テハトラツペーノ「アナロギー」說ヲ信ズ、即チ已ニ成立セルグラーフ氏濾胞ヨリ腫瘍發生ヲ營ム者ト信ズ可カラズ、之レニ反シテ濾胞發育時期ニ於ケル濾胞細胞ガ

schie Nebennieren) ヲモ再ビ發見セリ移植後三年以上ヲ經ルモノニ於テモ造構ニ殆ント差ヲ示サズ

(三)移植サレタル脂肪組織ハ總テノ例ニ於テ脾中ニ殘留スルノミナラズ多數ノ例ニ於テハ非常ニ增殖ス、此ノ增殖ハ試驗動物ノ營養ニ關セズ

(四)移植サレタル副卵巢ハ增殖又ハ著シキ囊胞形成ノ傾向ヲ示サズ唯二例ニ於テ分岐セル絨毛ヲ有スル大ナル囊胞ヲ見タリ此等ノ例ハ手術ノ爲メニ起レル脾ノ畸形及强キ癒着ニ因リテ起レル脾表面ノ慢性刺激狀態ガ囊胞形成ノ原因トモ說明シ得

(五)血液ニ富ム臟器內ニ胎生的殘存物ヲ移植セルノミニテハ未ダ新ナル增殖ヲ營ムニ足ラズ恐ラク外傷的侵害モ之レニ與ルナラン是レ既ニコーンハイムノ想像セル所ニシテ予ノ試驗ハ之レヲ證セルモノ、如シ

(六)副卵巢ト共ニ移植セラルタル卵巢ノ小片ハ卵巢ノ移植シ得ルコトヲ證ス、卵巢上皮細胞ハ多ク常ニ消滅ス唯一例ニ於テ上皮細胞ノ增殖ヨリ生ゼル小囊胞ヲ發見セリ。

（中村　舜抄）

○ブルクハルド、卵巢移殖補遺—家兎ノ睾丸內卵巢移植—

(G. Burckhard, Ein Beitrag zur Ovarientransplantation Transplantation von Ovarien in die Hoden bei Kaninchen. Ziegler's Beitr 43. Bd. 43. 1908. Hef. 3.)

著者ハリツベルト、クナウエル等ニ倣ヒ多數ノ家兎ニ就キ睾丸實質內ニ卵巢移植ヲ試ミ兩組織相互ノ關係ヲ組織的ニ調査シタルガ移植後漸次兩者ニ著シキ變化ヲ惹起シ來リ卵巢ニ在リテハ

著者ハ三例ノ中腎性腫瘍（die mesonephrischen Tumoren）ヲ記載セリ、即チ外陰唇ノ腺腫性纖維性筋腫同一部位ノ腺腫性纖維腫及ボーバルト氏靱帶部位ノ腺腫性纖維腫是レナリ、三例共ニ固有ノ鋸齒狀緣ヲ示ス腺管ハ、氈毛上皮細胞ヲ以テ被覆セラレ假性糸球體（Pseudoglomeruli）ヲ欠ク、

第三例ニ於テハ多量ノ彈力纖維、腺管ヲ圍繞スル者アリ、氏ハ之レヲ圓靱帶ヨリ來レル者トセリ、

第四例ハ子宮固定手術ニ係ル瘢痕内ニ發生シタル者ニシテ特ニ興味アル者ナリ、茲ニ於テモ亦氈毛上皮細胞ヲ布ケル鋸齒緣ヲ呈スル腺管有リ亦假性糸球體及筋成分ヲ缺ク（後者ノ場合ハ中腎性ト稱スルニ憚カル）、著者ハ該腫瘍ノ發生ヲ以テ恐ク喇叭管角ヲ腹壁ニ縫合シタル際、恰カモ該所ニ胎存セシワォルフ氏體ニ刺戟ヲ與ヘテ、增殖ヲ起サシメタル者トナス、エル、マイエル氏ノ公ニシタル一例ハ本例ト同一ノ者ニシテマ氏ハ之レヲ子宮固定部位ニ於ケル腹膜内被細胞ノ腺腫性增殖ヲ營ミシ者ナリト倣セルニ對シテ著者ハ之レヲ批難セリ、（今村隼稻抄）

○オルト惡性上皮性腫瘍ノ名稱ニ就テ

（Orth J., Zur Bezeichnung der bösartigen epithelialen Neubildungen. Centralbl. f. allg. Pathol. u. Pathol Anat. Bd. 19, 1908, No. 11.）

著者ハ癌（Krebs, Carcinom）ナル語ノ概括的意義ヲ有スルニ到リタル今日同時ニ其一部ナル種屬ニ對シテ亦タ此ノ語ヲ使用スルハ錯誤ニ陷ルコトアルベキヲ以テ宜ロシカラズ故ニ從來ノ如ク癌（Carcinome）ハ表皮癌（Cancroide）腺腫又ハ腺腫性癌（Adenome od. adenomatöse Carcinome）

特ニ異常ノ發育乃至腫瘍形成ノ傾向ヲ發揮スル者ナリトノ吾人ノ意見ハ否定シ能ハザル可シ、故ニ氏ハ該腫瘍ノ發生ハ原始卵ヲ含有セザルプルユーゲル氏管ヨリ發生スル者ニシテ卵巢ノ老性退行ノ起ルト共ニ遲滯發育ノ狀ニテ增殖シ始ムルモノト做セリ、而シテ氏ハ該腫瘍ノ惡性ナルヲ認メズ　（今村隼稻抄）

○ハンス、アルブレヒト、子宮ノ癌（カルチノザルコーム）—肉腫ニ就テ（Hans Albrecht, Ueber das Karzinosarkom des Uterus. Frankfurter Zeitschrift für Pathologie. Bd. II. Heft. 1. s. 191. 1908.）

著者ハ生前下腹出血及惡液性（カヘキシー）アリシ六十六歲ノ女子ニ就テ、剖檢上子宮ハ飜轉シテ膣ニ向ヒ、腫瘍ハ茸狀ニ出ヅ、其腫瘍ハ子宮ノ粘膜全部及筋肉壁ノ大部分ヲ占ムルモノニシテ、組織的ニハ一部圓形細胞、一部紡錘形細胞肉腫ト腺癌腫トノ結合ヨリナリ、轉移竈（卵巢等）ハ皆肉腫アル例ニテ、即チ鏡檢上ニハ子宮ノ腺癌（アデンカーチーザルコーム）肉腫ナル例ヲ實見シ。組織發生上ヨリ、恐ラク初メ茸狀ニ子宮底ヨリ肉腫又ハ腺肉腫出デ、其爲メ子宮飜轉ヲ來シ、其腫瘍增殖及周邊部破潰ノ進ムト共ニ漸次茸狀ヲ失ヒ全子宮ヲ侵ス時、子宮體部ニ既ニ發生セル腺癌腫ト合併シテ增殖セシモノナランカト說ケリ。（京都中村八太郎抄）

○ラパン、女性生殖器ニ於ケル一種ノ中腎性腫瘍ニ就テノ研究（Rapin, O., Etude de quelques tumeurs mesonephri ques des organes genitaux feminins. Lraveux de L'institut pathologique de Lausánne BD. 4. 1907.）

「キロ」ヲ算シ全上腹部ヲ滿セル肝臟ニ臍樣陷凹ヲ呈スル孤立性結節ノ外ヵ尙舍利別樣稠度ヲ有シ暗褐色ニシテ蛋白質ニ富ミ膽汁ヲ缺如セル物質ヲ容レタル多數ノ囊腫アリ內面ハ滑澤。三——二·五密迷突ノ厚サヲ有スル壁質ハ或ハ緻密ニ或ハ脆弱蜂窩狀ニシテ腫瘍細胞ヨリ成ル其他小ナル囊腫ニシテ緻密ナル纖維素性物質ヲ以テ充タサレタルモアリ腫瘍ガ浸潤性ニ增殖シテ形成セル個々ノ細胞索間ニハ尙未ダ肝實質ノ遺殘セルアリ膽管ハ再生ノ傾向ヲ有シ巨態細胞樣像ヲ示ス

著者ハ廣ク文献(八十五例)ヲ涉獵シテ曰ク

一、胃ノ癌腫及肉腫ヲ肉眼的ニ區別セン〻不能ナリ

二、轉移形成ハ總例ノ半バニ達セズ殊ニ肝臟轉位ヲ起セルハ僅カニ十分ノ一ニ過ギズ、

三、胃ノ肉腫ハ爾來淋巴肉腫、纖維肉腫、筋纖維肉腫、結液肉腫、內被細胞腫、圓形細胞肉腫、紡錘形細胞肉腫等ノ名稱ノ下ニ報告セラレタリ

四、少年者ニモ來レドモ三十年代ノ者ニ最モ多シ

五、本例轉移結節ノ囊腫狀變化ハ血管ノ荒廢血栓形成脂肪變性、水腫性浸潤、出血性破壞ノ結果ナリ

六、バーゼル敎室ノ一六八例ノ肉腫中胃ニ原發セル者六例ニシテ肝臟ニ轉移セル者僅カニ四分ノ一ニ過ギズト (須藤義一抄)

○ゲーヴエルガー、囊腫性乳腺炎ト乳癌トノ關係 (Verga, G., Mastite cistica e carcinoma della mammella. Sotieta medico chirugica di Pavia, 14. giugno 1907.)

並ニ眞性癌又ハ狹義ノ癌（eigentlichen Carcinome od. Carcinome im engeren Sinne）ヲ總括スルトセバ Cancroid（表皮癌）ノ語原ナル Cancer ナル語ヲ以テ Cancroid 及ヒ Adenom 以外ノ癌ヲ表示スベシト提言セリ、即チ斯クスレバ Krebse, Carcinome（癌）ヲバ明ニ Cancroide, Adenome（Maligne ナル形容詞ヲ附シ惡性腺腫トスルヲ可トス）及ヒ Cancer ノ三種屬ニ分類スルヲ得ベシ而テ此種屬ノ區別ハ主トシテ癌細胞ノ併列狀態ニ由ルモノニシテ此種々ナル形態ニ應シテ理會ニ便スル爲メ種々ナル名稱ヲ附スルノミニシテ其本態ニ至リテハ凡ベテ同一ニシテ皆癌ナリトシ、且斯ク解釋スル場合ニ於テハ近來人ノ所謂腺腫ガ癌ニ變ジ、癌復タ腺腫ニ戻ドル等ノ想像ハ無意味トナルベシトテ、腺腫ハ始メヨリ腺腫ニシテ癌腫モ亦然リトノ素因說ヲホノメカセリ、著者ノ此ノ主義ハ如何ナル根據ニ基ケル者ナルヤ短篇中偶意的記載ニ就テ之レヲ詳ニスルヿ能ハズト雖モ抄錄者等ハ此ノ多數病理學者ト反對ナルベキ意見ノ追ッテ詳論セラルベキヲ望ム　（丸山抄）

○ホツシユ、肝臟ニ囊腫狀轉移ヲ起セル胃ノ原發肉腫

Hosch, H., Das primäre. Magensarkom mit cystischen Lebermetastasen.（Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 90, S 98.）

著者ガ詳細ナル記載ヲ試ミタル一例ノ胃ノ原發肉腫ガ肝臟ニ起セル轉移ハ特異ニシテ甚ダ興味アリ患者ハ發病後三年ニシテ斃レタル五十五歲ノ男子ニシテ剖見セルニ胃小彎部ニ肉眼的ニハ癌腫ト認ムベキ腫瘍アリ顯微鏡檢査ニヨルニ結締織ニ富メル筋間結締織ヨリ出デタル多形性紡錘形細胞肉腫ニシテ筋層內ニ位ス、無慮一〇・九

純血管ヲ見ルガ如シ尙ホ此腔内ニハ往々血液ノ充滿セルコトアリ、而シテ胎生期血管形成ノ普通ノ場合ノ如ク新ニ生シタル圍繞性組織ノ爲メニ成立セル管狀孔腔ノ内被細胞性壁ノ周圍ニ存スルヲ見ル、而シテ發育最モ進メバ巨大細胞ハ多クノ壁層ヲ有スル血管ニ變化スルモノナリ、凡ベテノ此事實ヨリ論理的ニ結論スレバ常態ノ胎生期發育ニ於テ多核巨大細胞ヨリ血管ヲ發生セシムル如ク又病的ニモ多核巨大細胞ヨリ血管ヲ成立セシメ得ルモノニシテ只此場合不正型的元質ヨリ由來スルガ故ニ隨テ不正型的構造ヲ有スルモノナリト抄錄者曰ク記載ヲ讀ミ來タリテ著者ノ所謂肉腫ハ血管内被細胞腫ナリシニ非ラズヤト察セラル　（丸山抄）

○ロンドニー、腫瘍内彈力組織ノ造構ニ就テ（Rondoni, Sulcomportamento del tessuto clastico-nei tumori Acc. medico-fisica fiorentina, 23 maggio. 1907.）

著者ガ肉腫及癌腫ニ就テ研究セル所ニヨレバ肉腫ガ浸潤性ニ發育スル時ハ彈力組織ノ新生ハ全ク之レ無ク却テ既存該組織ノ破壞ヲ來タスト雖モ若シ主トシテ擴大性發育ヲ營ム時ハ間質幷ニ血管（屢々間質ノ全體ヲ形成ス）ノ新生ヲ來タシ其小血管ニ微細ナル少量ノ彈力纖維ヲ認ム或ハ變性セルモノナルヤノ觀無キニ非ルモ新生セル者ナルハ確實ナリ癌腫ニ於テモ亦大ニ其發育方法ノ如何及間質ト實質トノ關係如何ニ關スルモノナリ迅速ナル浸潤性發育ヲ營ム癌腫ニ於テハ彈力組織新生ノ影ヲダニ見ズシテ却テ既存該組織ノ破壞現象ヲ呈スルヲ以テ特徴トス廣大ナル結締織性間質ヲ有スル癌腫ニ於ナハ往々新生彈力組織カ不規則ナル排列ヲ以テ存シ又ソレガ恰

氏ハ乳腺腫瘍ノ廿八例中鏡檢的所見ニ依リ囊腫性乳腺炎ガ著明ノ癌性變化（Karcinomatöse Metaplasie）ヲ呈スル者ヲ發見シ次ノ如ク論セリ、囊腫性乳腺炎ハ解剖的二種類アリ、結締織炎ニ偏スル者ト及ビ主トシテ上皮細胞ノ小葉性ニ、乳頭狀ニ或ハ腺腫樣ニ增殖スル場合トアリ、而シテ後者ノ場合ハ屢々腺腫性癌、單純癌、髓樣癌或ハ硬性癌等諸種ノ癌ヲ發生セシムルモノトス、而シテ癌組織ト乳腺炎結節トハ相互不定ノ配列ヲ取リ、臨床上癌變性アル乳腺炎トシテ診定シ得ルノ目標ナシ只腫瘍諸部ノ切片標本檢査ニヨリ初メテ證明シ得ベキ者ナリ

（今村隼稻抄）

○マストロシモネ、肉腫ノ髓板（巨大多核細胞）ハ血管形成性細胞ナリ （Mastrosimo-

ne, F, Le cellule a mieloplaxi del sarcoma sono cellule vasoformative Policlinico, Sez. chir., Fasc. 8, 1907）

著者ガ表題ノ示スガ如キ結論ヲ得タル主要ノ觀察事項ハ次ノ如シ

幼若ナル巨大細胞ニテハ蛋白質ハ一樣ニ顆粒狀ヲ呈シ、散在性ノ或ハ中央ニ集積セル多數ノ桿狀ノ核ヲ有ス此核ハ屢々一又ハ二箇ノ核小體ヲ保有スルヲ常トス、發育ノ稍進ミタルモノニアリテハ核ノ二三ガ一ノ空胞ニ變スルヲ見ル而シテ初メハ尙核小體ヲ存スルモ後ニハ全ク消失シ空胞ハ益々明亮トナル、爾後空胞ハ其互ノ間ニ存スル蛋白質ヲ吸收シ爲メニ此空胞腔ハ漸次ニ擴大セラル、尙進ミタル時期ニ於テハ空胞腔ハ細胞ノ殆ンド全部ヲ占居シ蛋白質ハ一列ノ遺留セル核ヲ有スル環狀ノ薄層トナリテ殘存シ恰カモ核ニ富メル脈管壁膜ニ由リテ腔ヲ圍繞スル單

ユーゲル氏袋或ハ胚芽上皮ヨリ發生スルヤ否之レヲ直接ニ證明スルコハ甚困難ナレ𪜈兎ニ角其形像ノ最既成濾胞ニ類スル點ヨリ之レヲ濾胞腫ト名クル必ラズシモ著者ノ如ク此ヲ厭忌スベキコニモ非ラズ

（今村隼稻抄）

○エム、シユワーブ、癌變性ヲ營メル多發性子宮腺腫性筋腫、（Schwab, M., Multiple adenomyomata uteri in karcinomatöser Degeneration. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäk, BD. 12, 1907）

剖腹術ニ依リテ子宮體ノ前—後壁ニ存在セシ多數櫻實大子宮筋腫ト及同時ニ一ケノ鷄卵大筋腫ノ後膣穹部ニ橫ハル者トヲ除去セリ、何レモ皆其造構一樣ニシテ其ノ腫瘍內ニハ癌細胞束ハ胞巢狀造構ヲ呈シテ發育シ或者ハ恰カモ放線狀ニ配列シ多少肝ニ類似セルノ像ヲ示ス、氏ハ之レヲ最初ノ筋腫組織纖維ノ方向ニ基キテ配列ヲ取リシモノト爲ス、而シテ著者ハ以上腺樣組織ハミユルレル氏管ヨリ發生セリトナス

（今村隼稻抄）

○アー、シユッツエー、四十歲無姙婦ノ子宮ニ於テ癌腫瀰蔓性腺腫及結核ヲ合併シ傍ラ子宮內ニ「プザモーム」體ヲ形成シタル稀有ナル一實驗（Schütze, A., Eine seltene Beobachtung der Kombination von Karzinom, diffusem Adenom nud Tuberkulose, nebst Bildung von Psammompörpern in Uterus einer 40 jährigen. Nullipara. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gznäkol. 1907）

モ變性セル者ナルヤノ觀ヲ呈スルコトアリ。

（須藤義一抄）

○アー、インギール、所謂「卵巢濾胞腫」ニ就テノ解疑批評的追補（Ingier, A., kasuistische und kritische Beiträge zum sogenannten, Follikuloma ovarii." Arch. f. Gynäk. B. D. 83, 1907.）

氏ハ二例ノ卵巢癌腫ニ就キ濾胞樣形象物及卵類似ノ細胞ノ存在スルヲ記載セリ、而ノ近年濾胞及卵ヨリ新生物ヲ發生ストノ主張ニ對シ其果ノ正確ナルヤ否ヤヲ批評セリ、癌細胞ノ小群集乃至其增殖變性等種々ノ生活狀態ニ於テハ其外貌恰カモ濾胞樣形態ト誤マラシムルコアルヲ示セリ、即チ一空洞一細胞ヲ中央ニ圍繞シ放線狀ニ表皮性細胞ノ存在スルノミナラズ或ハ「プラスモデウム」樣形貌ニ於テ又ハ遊離セル卵樣細胞ノ存スルアリ、此ク單ニ外觀ニヨリテハ濾胞腫ノ名稱ヲ與ヘ得ベシト雖近時ノ知見ニ據レバ其ガ發生上ノ意義ニ於テ眞ニ通常卵巢ノ原始及卵初期濾胞ヨリ新生物（出生後）ヲ發生スル一ノ論據在ルナシ、病的ノ場合殊ニ癌腫ニ於テハ益其主張ノ薄弱ナルヲ知ル可シ、却テ濾胞樣卵細胞樣形象物ハ屢々癌細胞ノ變性或ハ分裂ト認メザル可ラズ故ニ濾胞腫ノ種類ハ抹擦ス可キ者タリ

抄錄者曰ク卵巢濾胞ヲ移植シテ濾胞性腫瘍ヲ眼前ニ人工的ニ發生シ以テ直接ニ濾胞腫ノ存在ヲ證明スルコハ未ダ何人モ之ヲ爲シ得サリシト雖モ組織的研究上著者ノ所謂癌細胞變性ニ由來スルトハ全ク別種ノ囊胞狀物ヲ包含スル、グラーフ氏濾胞壁上皮細胞樣細胞ヨリ主成シ稀ニ卵細胞狀物ヲモ有スル腫瘍ハ已ニ我病理敎室ニテモ大槻氏ノ實驗アリ本業報第一號第二冊ニ詳ナルガ如ク是等ノ部類ニ對シ其ガ成人ノ濾胞或ブリ

○エム、ペンケルト、異常ナキ卵巢ニ附着セル兩側纖維囊腫、（Penkert, M., Doppelseitiges Fibrocystom an unveränderten Ovarien. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. BD. 26, 1907）

左側ノ常性卵巢ニ於テ細キ莖ニ依リ附着セル兒頭大以上ノ纖維腫樣腫瘍アリ一深溝ニヨリ兩分サル、斯カル實性腫瘍ハ更ニ約兩拳大ノ波動アル囊腫ヲ附着セシム其內容ハ粘液樣然レモ纖ヲ引カザル褐色ノ物質ヲ充タス、更ニ右卵巢（通常）ニ於テ左方ヨリ小ナル而シテ象鼻樣ノ腫瘤強靭ナル結締織莖ニ依リテ附屬ス、又一囊腫ノ細莖ニヨリ卵巢ニ懸ル者アリ、其他右側喇叭管ニハ所謂一副喇叭管アリ、氏ハ之レヲ以テ恐ラク兩側性副喇叭管ノ先天性畸形ニ因ル者トナス、

○アドレル、稀有ナル卵巢變化—廻轉狀卵巢及卵巢ノ管內纖維性腺腫—（Adler, Seltene Ovarialveränderungen. Ovarium gyratum und Adenofibroma intracanaliculare ovarii. Monatsschr. f. Geburtsh. u Gynäkol., BD, 26. 1. 07.）

氏ハ已ニ知ラレタル「廻轉狀卵巢」トメ固有ノ形貌變化ヲ呈スル者ノ二例ヲ示セリ、鏡檢的ニ卵巢皮質ハ一樣ニ增殖シテ表面皺襞ヲ作リ、胚芽上被亦其擴張セシ面ヲ被覆ス可ク增殖ス、而シテ濾胞ハ萎縮—消失シ、兩卵巢共ニ一見慢性炎症ニ陷レル如シ、何故ニ皮質一樣ニ增厚セルヤハ說明スル能ハス、已存炎症ガ果シテ其因ヲ爲スヤ否ヤ確カナラズ、

BD. 60.)

出血ノ爲メ摘出シタル子宮ハ順次ニ諸種ノ病機ヲ發起シタル者ニシテ、頸部ハ頗ル進行シタル腺腫性癌ニ占居サレ、延ヒテ子宮體筋間結締織ハ炎症性ニ緩粗トナリ隨ツテ子宮內膜ハ深部ニ發育ヲ營ミ瀰蔓性腺腫性筋腫ヲ形成スルニ到レリ、而シテ間質炎ニ依ル組織液ノ富饒及造構ノ緩粗ナルハ結核菌ノ侵入繁殖ニ對シテ極メテ好適ノ培養基タリ、內膜亦結核ニ侵サル、以上結核ノ原發ナルヤ或ハ繼發ナルハ判ス可カラザルモ內膜結核ノ初發ナラザルハ其瀰蔓性腺腫竈ニ見ル結核ノ比較的陳舊ナルニ徵シテ明カナリ、其他尙子宮底部ニ於テ燐酸石灰及鐵ヲ含メル「プザモーム」體ノ多數ヲ證明セリ（今村隼稻抄）

○エフ、シエンク、アー、ジツツェンフライ、胃、卵巢及

子宮ニ併存スル癌腫（特ニ手術的療法及組織的所見ニ關シテ）（Schenk, F. und Sitzenfrey, A., gleichzeitiges Karcinom des Magens, der Ovarien und des Uterus, mit besonderer Berücksichtigung ihrer operativen Behandlung und der histologischen Befunde. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. BD. 60. 1907.）

胃卵巢ニ癌腫ノ併存スル場合ニ於テハ常ニ後者ハ先ツ其徵ヲ示ス者ニシテ臨床上原發胃癌ヲ診定スルヿ一般ニ不能ナリトス著者ハ原發胃癌ノ存スル傍ラ卵巢轉移癌ヲ有スル者ノ三例ニ就キ鏡檢的精查シタル成蹟ヲ報告セリ、內二例ハ卵巢ノ外子宮表面ニモ轉移アリ、以上轉移ノ徑路ハ癌細胞ノ撒種及逆行性ニ淋巴系ニ依ル者トセリ

（今村隼稻抄）

胞及淋巴肉腫多クシテ筋肉腫、紡錘形細胞肉腫、纖維肉腫ノ順序ニテ、粘液肉腫ハ稀ナリ。性ニアリテハ男女同數ナリ。年齡ニ關シテハ一般ニ唱ヘラレシ肉腫ハ若年者ニ多シトノ說ニ反ス。胃肉腫ニ二形アリ、浸潤性ノモノ、及限局性ノモノ之ナリ、前者ハ多クハ圓形細胞及淋巴肉腫ニ屬シ、後者ハ筋肉腫及纖維肉腫ニ屬ス。發生上ニハ圓形細胞、紡錘形細胞及多形細胞ヨリ成ル肉腫ハ粘膜下組織ヨリ、純粹淋巴肉腫ハ漿膜下淋巴節ヨリ起ル。原因的關係ニハ自ラノ例ハ血檢ニ胃症殊ニ胃ノ惡性腫瘍アルモノ證明セラルヽガ、他ニハ往々外傷等ガ揭ゲラルヽアリ。胃潰瘍ヨリ肉腫ノ成ル事稀ナリ。經過ハ種々ナリ。初發症狀ハ胃痛ナリ。死亡ハ全身衰弱ニヨルモノ多シ。癌腫トノ確ナル類症鑑別法無シ。惡性ノ度ハ癌腫ニ比シテハ低キ如シト。

（京都中村八太郎抄）

○エンゲル、重症血液病ト惡性腫瘍トノ組織發生上ノ關係ニ就テ

(C. S. Engel. Ueber histogenetische Beziehungen zwischen schweren Bluterkrankheiten und bösartigen Geschwülsten. Ein Beitrag zur. Krebsfrage Zeitschrift für klinische Medizin. Bd. LXV. s. 269. 1908.)

白血病及重症貧血症ト惡性腫瘍トハ臨床上ノ徵候一見異ル如キモ、實際ニ一致スル點無シトセズ。經過ヲ考ヘテモ不治ナル事（外科的療法ノ結果ヲ除キ）、發病徐々ナル事、其最初ノ發病期ヲ定ムルノ不可能ナル事、原因ノ未知ナル事等ハ相一致スルガ、今之ヲ組織發生上ニ考ヘ、重症血液症ニ於ケル骨髓變化ヲ精査スル時ハ、之レ成人ノ骨髓トハ大ニ異リ胎生期ノ一定時期ノ

氏ハ管内纖維性腺腫ニ就キ記載セリ、手術的ニ除去セル卵巢ハ鳩卵大以上ニ達シ卵巢門ニハ橄欖大副卵巢囊腫アリ、質强靱切割スルニ擦鳴アリ、而ノ多數ノ小隙ヨリ微量ノ透明稀薄液流出ス、割面ハ一樣平等ノ外觀ヲ示シ而シテ最小ナル空洞及裂隙溷散ス、其裂隙ハ弓狀ニ諸他ノ方向ニ馳走シ相互ニ吻合一分岐アリ、此ク美觀ヲ呈スル者ハ其强靱ナル基質空隙内ニ息肉狀增殖ヲ營ミ相對面壓平セラレ以テ如上ノ狹隙ヲ生シタル者ナリ、

胚芽上被ハ表面全ク缺損シ只卵巢タルヲ知ラシムルハ腫瘍ノ周邊部ニ初期濾胞ヲ撒布セシメ内ニ含有サル、卵子ハ大部分萎縮スル者等アルニ過ギス、鏡檢的所見ハ乳腺ノ管内纖維性腺腫ニ一致スル者ナリ、腺表被細胞ノ多數ハ多ク二層ノ甄毛上皮細胞ヲ附麗シ而シテ更ラニ單層骰子形細胞ノ扁平上皮細胞ニ移行ス、

著者ハ此多數趣味ナル腫瘍ノ基源ヲ副卵巢（エプオーホロン）ニ歸シタリ之レニヨリテ能ク甄毛表皮ノ起源ト同時ニ存スル副卵巢囊腫トヲ說明シ得ベシ、

（今村隼稻抄）

○アウグスト、ステーヘリン、原發性胃肉腫ノ例証的追加

(August Staehelin, Beitrag zur Kasuistik des primären Magensarkoms. Archiv für Verdauungs-Krankheiten Bd. XIV Heft 2. 1908. S 123)

著者ハ自ラ實見セル例即五十一歳ノ女ニテ生前胃癌腫ノ診斷ヲ與ヘラレタルモノヲ剖檢シ、胃ノ後壁ニ生ゼル大ナル腫瘍ヲ見、肉眼的癌腫ト思ハレタルモノヲ組織的ニ檢査シテ圓形細胞肉腫ナル事ヲ確メタル例ヲ報告シ。且廣ク文獻ヲ探リテ、概略次ノ如ク述ベタリ。胃ニハ圓形細

惡性腫瘍ニ異種屬蛋白質ヲ與ヘテ細胞ノ作用ヲ妨ゲ其ノ原子群ヲ離散セシメンノ目的ニテ起リタル血清療法ノ結果ハ餘リ好良ナラズソハ曾テエールリヒノ言ヘリシ如ク血清療法ハ一定ノ徹菌病ニ於テノミ適用シ得ベケレバナリ之ニ對シピアード、ライデン、ベルグル等ニヨリテ唱導セラレタル醱酵素殊ニ「トリプシン」ノ注射ハ稍勝レル所アリト雖モ尙腫瘍細胞ノ急激ニ分解スルノ結果中毒作用ヲ起スノ不利アリブルウメンタール、ベルグルニヨレバ癌細胞ハ常體細胞ニ異リタル構成ヲ有シ「トリプシン」ニヨリテ容易ニ消化セラルノイベルヒ、ブルウメンタール、ウォルフ等ハ曰ク癌細胞モ尙自家融解性醱酵素ヲ有シ自己ノ組織ヲ破碎スルノミナラズ進ミテ他組織ノ蛋白質ヲ犯スノ性質ヲ有スト今或物質ニヨリ細胞ノ生活力ヲ殺ギ而カモ尙其ノ自家醱酵作用ヲ保存セシムルヲ得バ其ノ醱酵素ハヤガテ腫瘍細胞自己ヲ分解セシムルニ至ルベシ、サレバ腫瘍自己ノ有スル醱酵素ヲメ能働的ニ作用セシメントスルノ方法ハ他種醱酵素ノ力ヲ籍リテ腫瘍細胞ヲ撲滅セシメントスルノ法ト區別セザル可ラズ前者ヲ自家醱酵性トセバ後者ハ異性醱酵性法トモ云フベキカ余ハ此ノ見地ヨリ一ハ「アトキシール」ヲ用ヒ他ハ異種屬蛋白質ヲ試ミタリ「アトキシール」ニヨリテ起ル作用ニ二アリ一ハ比較的高度ノ中毒ニシテ他ハ腫瘍發育ノ促進ナリ余ノ實驗ニテハ〇・二五乃至〇・五瓦ニテ試驗動物ハ一日乃至二日ニテ死シタリ解剖上ノ所見ニテハ重篤ナル血液疾患ノ狀ヲ呈シタリ然レモ已ニコッホハ其ノ睡眠病ニ〇・五ヲ用ヒテ恐ルベキ副作用ヲ認メザリシト云フヲ以テ見レバ人體ニハ比較的有害ナラザルガ如シ而シテ余ノ實驗ニ於ケル中毒ハ從來臨床家ノ唱フル「ア

像ニ近シ、即チ此狀ヨリ觀レバ、其組織ガ胎生時ノ狀ニ還歸スル（Embryonisierung）事ヨリナルガ如シ。此ノ狀ヲ惡性腫瘍發生ノ狀ト比較スルニ相類似スルヲ見ル、即チ惡性腫瘍亦各細胞ノ狀ヲ見ルニ胎生時ノ狀ニ還歸スルヨリナルナリ。是ニ由テ之ヲ觀レバ、一見相距ルガ如キ惡性腫瘍ト重症血液病トハ共ニ同一着眼點ヨリ觀察シ得ルモノナリト說ケリ

（京都中村八太郎抄）

○チヨン、アルキンドワー、癌ノ原因並ニ「トリプシン」療法（Alcindor, John, Cancer, its etiology and treatment by trypsin. Brit. med journ., II. Jan. 1908, S 79.）

既ニ鼠蹊部ニ轉移ヲ生セル甚タ進行セル乳腺癌ノ二例ニ「トリプシン」注入ヲ施コシ著ルシキ腫瘍ノ退行ヲ見タルモ兩患婦共ニ殆ント四周間ノ療治後衰弱ニ由リ死亡セリ而テ療治中ハ手、足及胯關節ニ於ケル僂麻質斯樣乃至痛風樣ノ障害ヲ見ザルニ至レリト而シテ顯微鏡所見ニ就キテハ記載ナク且ツ一患婦ハ「トリプシン」ヲ注射セル局所ノ臀部轉移ヲ發生セリト！

著者ガ癌ノ原因トシテ記述セルモノ（貧窮、粗食、非衛生的手係等）ハ全ク批評ノ價値ナキ主張ニシテ「トリプシン」作用ノ說明モ亦此類ナリ

（丸山）

○アントン、スチッケル、惡性腫瘍ニ對スル「アトキシール」及異種屬蛋白質ノ影響（Anton Sticker. Beeinflussung bösartiger Geschwülste durch Atoxyl & fremdartiges Eiweiss—Berl. klin. Wochenschr.

抄——錄

トキシール」〇・〇一瓦ヲ注射シ第八日ニ再ビ血液注射ヲナス之ヲ繰返シテ三乃至四ケ月ニ至リテ止ムビールハ之ヲ攝護腺ノ肥大ニ應用シテ効ヲ奏シ余ハ之ヲ一患者ノ手背ノ癌腫ニ施シテ一時的ノ効果ヲ得タリ以上ノ實驗ハ惡性腫瘍ニ向ツテ完全ノ治癒ヲ待ツ可ラザルモ好良ナル影響ヲ及ボシ得ベキハ事實ナリ而シテ異種屬血液ノ作用ハ間接的「エンチーム」性可熔性ノ者ナルベシ其腫瘍及ビ周圍組織内ニ入ルヤ本來ノ血液ヲ排斥シテ腫瘍細胞ヲ窒息セシメ且ツ血液及ビ組織液ノ自家可溶性醱酵素ニ對スル制禦力ヲ消滅セシメム「アトキシール」直接腫瘍細胞ヲ犯スニアラズ血液製成器殊ニ骨髓ヲ刺撃シテ一種ノ抵觸作用ニヨリ腫瘍ニ對抗スベキ物質ヲ作ラントス而シテエールリヒハ有機體ハ高度ノ還元力ヲ有シ且ツ異種屬血液モ亦偉大ノ還元力ヲ有スルヲ以テ其ノ注射ニヨリテ「アトキシール」ノ砒酸ハ有効ナル亞砒酸ニ變ズルモノナリトセリ尙附言スベキハ惡性腫瘍ノ自發的治癒ノ存在ノ疑フベカラザル事實ナリ已ニ體内自己ニ於テ何者カ有効ナル物質ノ形成セラレテ自發的治癒ニ導クモノアリトセバ此等惡性腫瘍治療法ノ研究ハ前途尙多大ノ望ヲ有スベキカ　（神尾抄）

○エ、フアルク、癌腫ニ胎盤血液ノ注射（Edmund. Falk, Injektion von Placentarblut bei Carcinomebenda）

ライデン及ベルゲルノ癌患者組織内ニハ常體ニ於ケル醱酵素ノ或分量ヲ缺除シ之レヤガテ腫瘍ノ際涯ナキ發育ヲ促ス者ナリトノ說ヲナシテ以來種々ノ醱酵素ノ注射ニヨリテ腫瘍ノ發育ヲ沮止セントスルノ法ハ是ニ科學的基礎ヲ有スルニ至リタル者ノ如シカクテ「ペプシン」、「パンク

ニリン」ニアラズシテ此素ノ中毒タルヲ證シ得タリ「アトキシール」ハ尚腫瘍ノ發育ヲ促カスノ有リト雖モ一日量〇・〇一瓦ニテハ副作用モナク腫瘍ノ發育ハ停止シ、數回之ヲ注射スルニ至リテ漸次消失スルヲ見ルベシ血液ヲ見ルニ赤血球破壞セザルモ白血球ノ增加アリ人體ニアリテモ亦這般ノ作用アリト云フ余ハ多數ノ犬ニ就テ之ヲ試ミ十「プロセント」ノ溶液トシテ皮下ニ注射ス極量ヲ一五・一二〇「キロ」ノ動物ニ對シテ〇・二五トナシ概子〇・〇一ヨリ始メ二日毎ニ〇・〇二ヲ增シ〇・〇一ニ至リテ止ム而シテ蓄積作用ヲ防ク爲メニ十乃至十四日ノ間歇期ヲ置ク此ノ療法ニヨリテ腫瘍ハ一時退行スルモ注射ヲ止ムレバ更ニ發育ス諸家ノ惡性腫瘍ニ對スル「アトキシル」注射ノ報告ニ見ルモ多クハ一時ノ輕快、經過ノ緩慢ヲ來タスニ過ギス會々治癒ノ報告アルモソハ概シテ診斷ノ確實ナラザリシモノナリ

異種屬蛋白質ノ試驗ニハ余ハ血液、淋巴、臟器乳劑ヲ撰ビタリ常體ノ血液ハ已ニ純性醱酵素、解毒質、對醱酵素幾多ノ有効物質ヲ含ムビールハ有機體自己ノ有スル能力ニヨリテ障害ニ打勝タシメンノ目的ニテ案出シタル鬱血療法ヲ腫瘍ニモ應用シ已ニ鬱積セル本來ノ血液ト新タニ注射セラレタル血液ト相待チテ是ニ炎症ヲ起サシメントシタリ余ハ皮下、陰莖、腟等ノ腫瘍ニ脫纖維素血液ヲ注射シタルニ凡テ一時的ノ縮小ヲ來セリ然レ𪜈之ノ法ヲ繼續スル時ハ全身ノ狀態ニ種々惡影響ヲ及ボスコトアリ而シテ此ノ現象ハ適當ノ間歇期ヲ置クカ或ハ注射量ヲ減ズル事ニヨリテ防ギ得ベシト雖モ同時ニ其ノ効果ヲ少ナラシムルノ不利アリ是ニ於テ「アトキシール」及ビ血液ヲ併用スルノ法アリ即チ初メ一〇乃至一五瓦ノ血液ヲ注射シ次ノ四乃至六日間ハ「ア

バ此等物質ハ未ダ全ク醱酵作用ヲ妨グベシトハ言フ能ハズ然レモ余ハ癌子宮ヲ切除シタル後再發ヲ來セル患者ニ胎盤血液ヲ注射シタルニ胡桃大ノ腫瘍トシテ腹壁ヨリ觸レタル者二十四時間內ニ消失シタリ又乳腺截斷頸腺ノ扁桃大トナリシモノニ之ヲ試ミタルニ初メハ一時退行シタルモ數日ニシテ再ビ腫脹シ第二回ノ注射ハ却テ其ノ發育ヲ早メタリ之ヲ切除シテ見ルニ癌腫巢ハ概子進行性新生物ノ狀ヲ呈シタリ余ノ實驗ハ凡テ十例ナリシモ効果ハ常ニ一時的ナルノミナラズ却テ發育ヲ促ス事往々ニシテアリ手術後ノ再發モ亦之ヲ防グ能ハザルガ如シ之レニヨリテ見ル時ハ胎盤血液ハ多少醱酵作用ヲ妨ゲ「チロヂン」ヲ容解スルノ作用ヲ有スルハ明ナリ然レモ此ノ作用ハ健康血液ノ蛋白質ヲ完全ニ分解セシムベキ作用ニ比シテ僅少ナリト云ハザル可ラズ而シテ癌腫患者ノ血精ガ醱酵作用ヲ沮害スルノ事實ハホフバウエル假定說ニ矛盾スルモノナル事ヲ附言セザルベカラズ（神尾抄）

○バシユフオード、マレー及ハーランド、癌腫ノ實驗的研究成績 Bashford, Murray, Haaland, Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung (Berl. Klin. Wochenschr 1907, No. 38. 39.)

一、移植シ得ル鼠（Maus）ノ扁平上皮癌

老タル雌鼠ノ左液窩ニ一腫瘍アリ、鏡檢スルニ癌腫ニシテ一部ハ基底部細胞癌一部ハ廣キ角化竈ヲ有スル表皮癌ノ像ヲ呈ス、

該腫瘍ハ移植シ得ベクシテ屢々肺臟轉移ヲ起ス

接種試驗ノ結果ハ老タル鼠ヨリモ若キ者ニ陽性ナルコト多シ、本腫瘍ニ於テモ亦移植間ニ起ル

レアチン」或ハ動物ノ肝ヨリ得タル蛋白可溶性酸酵素等ハ此目的ニ向ツテ試ミラレタリ而シテ此等實驗ノ基礎ハ有機體蛋白質ヲシテ蛋白質ヲ分解スベキ酸酵作用ヲ得シントスルニアリ「パンクレアチン」ハ之ヲ腫瘍ニ注射スルモ治癒ノ効ナク却テ高度ノ分解ニヨリテ全身ノ惡影響ヲ來タス事アリト云フ之ニ反シビアードハ「トリプシン」ヲ用ヒテ好結果ヲ得タリ彼ハ「トリプシン」性酸酵素ハ胎生期ニ於テ他日何等カ刺撃ニヨリテ惡性腫瘍トナルベキ迷走未熟細胞ヲ撲滅スルニ與リテ力アリ然ルニ癌腫瘍患者ハ此ノ「トリプシン」ヲ缺キ却テ癌ノ發育ヲ補助スベキ酸性「ペプシン」性酸酵素ニ富メリト爲シ「トリプシン」ノ注射ハ當ヲ得タルモノトセリブンムリープマンハ胎盤液ノ注射ヲ試ミタルモ其ノ反應トシテ發熱等著シカリキライデンハ癌腫ノ組織液ヲ用ヒタルモ其ノ酸酵作用ハ著シカラズ

ビールノ異種屬血液ノ注射モ亦確實ナル酸酵作用ヲ認ムル能ハザリキ此等實驗者ノ凡テ酸酵素ヲ病組織其ノ者ニ與ヘントスルニ反シ獨リホツフバウエルハ癌腫ノ侵入ヲ防グベキ能力ヲ其ノ周圍ノ結締組織ニ與ヘントシタリ彼ハ癌腫已ニ一種ノ酸酵素ヲ有シ周圍ノ結締織ヲ害シテ其ノ蛋白質分解ニ抵抗スベキ作用ヲ殺グモノトシ其抵抗力ヲ增進セシメン爲メ一方ニハ臍帶血精殊ニ牛ノ血液ヲ注射シ一方ニハ「ヒニン」、「アトキシール」、動物炭ヲ用ヒタリ然レモ此等物質ノ果シテヨク「パンクレアチン」ノ酸酵作用ヲ停止セシメ得ルカト云フニ今「チロジン」ノ「ペプチツド」化合物ヲ含メル「ザイデンプイプロインペプトン」ノ溶液ニ「パンクレアチン」ヲ加フレバ酸酵素ニヨリテ一定量ノ「チロヂン」ヲ分離シホフバウエルノ所謂酸酵ヲ妨グベキ物質ヲ加フル時ハ多量ノ「チロジン」結晶ヲ出スヲ以テ見レ

著者ハ既ニ久シキ以前ヨリ手術ヲ施コスベカラサル惡性腫瘍ニ人工的充血法ヲ應用シ一部好果ヲ得タリ此際顯微鏡的ニ結締織基質ノ增加並ニ癌胞巢ノ減少ヲ認ムルヲ得ベシト、次ノ例ハ鬱血ノ効果最モ著ルシキモノニシテ二十歲ノ男子ノ左側肩胛部ニ廣延シ周圍ト堅ク癒着セル肉腫（顯微鏡所見ニ由レハ小細胞肉腫ニシテ著シク血管ニ富ミタリ）ニ吸引「グラス」ニテ鬱血法ヲ施コセシニ腫瘍ハ急速縮少シ四週間後ニハ患者ハ治癒退院セリ而シテ此際腫瘍ノ壞滅軟化又ハ破壞ハ之レヲ現ゼサリシモ斯カル腫瘍組織ノ壞滅又ハ破壞ハ鬱血療法ニ際シ其他ノ場合ニハ認メラレタリ假令ヘバ大腿軟部肉腫ノ場合ニ腫瘍全部ガ頽敗セル物質トシテ破壞シ患者ハ腫瘍ノ腺轉移ノ爲メニ死亡セル一例ニ見ルガ如シト

（丸山）

○オスカル、オルト、肉腫ト創傷（Orth, Oskar, Sarcom und Trauma. München, med. Wochenschr 1907. No. 44. S. 2190—2191）

第一例ハ四十六歲ノ男子睾丸ニ打撲ヲ受ケテヨリ一年後其臟器ノ急速肥大シ摘出ヲ要スルニ到レリ、之ヲ顯微鏡的ニ檢セシニ脈管肉腫ノ像ヲ呈シ、手術後直チニ他側ノ睾丸並ニ手術後ノ瘢痕ニ最早手術ヲ施コスベカラザル轉移ヲ見タリ、第二例ハ十四歲ノ女兒拔齒ノ爲メ重態且ツ永ク續キタル顎骨損傷ヲ受ケタル後下顎齒槽部ニ巨大細胞肉腫ノ發生ヲ認メタリ、

著者ハ兩例共ニ創傷ト腫瘍トノ間ニ恐ラク或ル干係ノ存スヘキコトヲ想像シタリ（丸山）

一定度ノ毒力增加 Virulenzsteigerung ヲ證明スルヲ得、而ノ他ノ鼠ノ癌腫ト同樣ニ免疫性ヲ起シ得ベク、茲ニ起レル抵抗性ハ特殊ノ者ナリ、

二、癌腫ノ連續的移植間ニ於ケル肉腫ノ發生

鼠乳腺ノ腺腫性癌ノ連續的移植間ニ漸次定型的肉腫性間質ヲ發生セリ、此混合腫瘍ヲ豫メ接種ニヨリテ癌腫ニ對シテノミ免疫性トナセル鼠ニ移植スル時ハ癌性組織成分ハ漸次退行シテ遂ニハ全ク消失スルニ至ル　（須藤義一抄）

○カパルヂ、アヒール、二十年ヲ經過セル切斷端ニ於ケル肉腫　(Capaldi, Achille, Ein Sarcom am Amputationsstumpf nach 20 Jahren. München. med. Wochenschr., 1908. No 10, S. 512—53)

二十年前挫傷ノ爲メ前膊ニ切斷術ヲ施コセル一患者二年前ヨリ其瘢痕ニ一小硬結ヲ認メ一年前該部ニ更ニ又創傷ヲ受ケタリシニ爾來切斷端ニ急速ニ發育セル腫瘍ヲ發生セリ、此腫瘍ハ「コルベン」狀ニ膨隆シ小兒頭大ニ達セリ、顯微鏡的檢査ヲ施コセシニ腫瘍ノ周圍部ハ纖維腫ノ性狀ヲ中央部ハ其組織著ルシク細胞ニ富ミ肉腫ノ性狀ヲ呈セリ、著者ハ此肉腫ハ瘢痕上ノ纖維腫ヨリ最後ニ發生セルモノナラントセリ　（丸山）

○カール、リッテル、手術ヲ施コスベカラザル腫瘍ノ人工的充血療法ニ就テ　(Ritter, Carl, zur Behandlung inoperabler Tumoren mit künstlicher Hyperaemie. Münch. med. Wochenschr., 1907, No 43, S. 2124—2125.)

Kinoshita, Hakushi d. Med., Prof. f. d. Gynaecol. u. Tocol. an d. med. Facult. z. Tokyo; Dr. O. Kitagawa, Hakushi d. Med. (Chirurgie), Director d. „Kōseiquan"-hospitals (Nagoya); Dr. F. Kitagawa, Arzt im „Kōseiquan"-hospitals (Nagoya); Dr. Kitasato, Hakushi d. Med., (Bacteriologie), Director d. Instituts f. d. Forschung d. Infectionskrankheiten. z. Tokyo; Dr. T. Kitashima, Hakushi d. Med. (Bakteriologie), Abteilungsvorsteher d. Instituts f. d. Forschung d. Infectionskrankheiten z. Tokyo; Dr. K. Miura, Hakushi d. Med., Prof. f. d. innere Med. an d. med. Facult. z. Tokyo; Dr. J. Misumi, Vorsteher d. pathol. u. neurol. Abteilung d. Kumamoto-hospitals; Dr. d. Philosophie Miyajima, Hakushi d. Med. (Zoologie), Ingénieur d. Fabrik d. Vaccinlymphe z. Tokyo; Dr. T. Miwa, Hakushi d. Med., Prof. f. d. Chirurgie an d. med. Hochschule z. Chiba; Dr. T. Shidate,–Urolog–,Vicedirector d. Asakura-hospitals (Tokyo); Dr. G. Shibayama, Hakushi d. Med. (Bakteriologie), Abteilungsvorsteher d. Instituts f. d. Forschung d. Infectionskrankheiten z. Tokyo; Dr. K. Shiga, Hakushi d. Med. (Bakteriologie), Abteilungsvorsteher d. Instituts f. d. Forschung d. Infectionskrankheiten z. Tokyo; Dr. M. Shibukawa, Vicedirector d. Niigata-hospitals; Dr. K. Shibata,–Gynaecolog u. Tocolog–, Director d. Shibata-hospitals (Nagoya); Dr. H. Shiwota, Assistentsprof. f. d. Chirurgie an d. med. Facult. z. Tokyo; Dr. S. Higuchi, Prof. f. d. Gynaecol. u. Tocol. an d. Tokyo-Charitékrankenhaus med. Hochschule; Dr. F. Sekiba,–Chirurg–, Director d. „Hokushin"-hospitals (Sapporo); Dr. K. Sugi,–Chirurg–, Lehrer an d. med. Schule zu Busho (China); Dr. d. Tierarzen. G. Sudō, Hakushi d. Tierarzen., Prof. an d. landwirthschaftl. Facult. z. Tokyo.

---

redigirt von

Dr. K. YAMAGIWA,

Professor d. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie (Tokyo.)

Zweiter Jahrgang. Drittes Heft.

Tōkyo. 1909.

Verlag von Handaya (Verlags-buchhändler. Hongo Harukimachi 2 Cōhme Tōkyo.)

"Gann" erscheint 4 monatlich 1 Mal in einem Hefte von ca 300 Seiten Staerke. Jedes Heft enthaelt Originalaufsaetze mit Tafeln oder Textfiguren, Japanische Referate in— u. ausländischer Krebsliteratur, und Deutsche, Englische oder Franzoesische Referate der Originalaufsätze. 3 Hefte machen 1. Band. Preis: 6 Yen für einen Band.

Inhaltsverzeichniss der Referate der Originalaufsaetze:

Seite

1.) Dr. N. Nakamura, ehemaliger Assistent des pathologischen Instituts an d. med. Facult. d. kais.-Jap. Univ. zu Tōkyo, Ein Fall von der bösartigen Mischgeschwulst des Ovariums. — Taf. I. Fig. 1–2. — (aus d. pathol. Institut z. Tōkyo.) . . . . . 91.

2.) Dr. H. Imamura, Volontairassistent d. pathol. Instituts an d. med. Facult. d. Kais.-Jap. Univ. z. Tōkyo, Ueber einen Fall von Trichoepithelioma (multiplex papulosum). — Taf. II. Fig. 1–2.; Taf. III. Fig. 3 — (aus d. pathologischen Institut z. Tōkyo) . . . . . 94.

3.) Dr. T. Hashimoto, Verewigter Hofrath, Vicomte, Director des Jap.-rothenkreuz-hospitals, Ueber einen Fall von Krebs aus der dilatirten Oesophaguswand. — Taf. IV–V. 97.

4.) Dr. H. Imamura, Volontairassistent des pathol. Instituts an d. med. Facult. d. Kais-Jap. Univ. z. Tokyo, Ein Fall von Mammacarcinom bei einem weiblichen Hunde. (aus d. pathol. Institut z. Tōkyo). . . . . 100.

5.) Dr. K. Watanabe, Zur pathologischen Anatomie-Histologie, und klinisch statistische Studie über den Oesophaguskrebs. — mit 13 Textfiguren — (aus d. pathol. Institut z. Kyoto). 101.

6.) Dr. G. Sudō, Volontairassistent d. pathol. Instituts an d. med. Facult. d. Kais.-Jap. Univ. z. Tōkyo, Ueber das Peniscarcinom. (aus d. pathol. Institut z. Tōkyo). . . . 103

Seite

7.) Dr. G. Kika, III. Assistent des pathol. Instituts an d. med. Facult. d. Kais.-Jap. Univ. z. Tōkyo, Ueber das primäre Lebercarcinom. (aus. d. pathologischen Institut zu Tōkyo) 105

REFERATE

DER

ORIGINALAUFSAETZE

Dr. **N. Nakamura**, ehemaliger Assistent des pathologischen Instituts an d. med. Facult. d. kais.-Jap. Univ. zu **Tōkyo**, Ein Fall von der bösartigen Mischgeschwulst des Ovariums. — Taf. I. Fig. 1–2. — (aus d. pathol. Institut z. **Tōkyo**).

Eine bösartige Mischgeschwulst des Ovariums beobachtet man nicht häufig, während solche gutartige nicht selten ist.

Nach der kurzen Angabe von sechs Fällen aus der Literatur, welche der Verf. für die richtige bösartige Ovarialmischgeschwulst hält, schildert der Verf. von seinem eigenen Fall eingehenderweise.

Der Fall trifft 33j. Frau. — im 23 L. J. mit einem an Tripper leidenden Mann verheirathet, im 31 L. j. einen heftigen Unterleibs-und Lendenschmerz gehabt, sodass sie 5 Monate lang bettlägerig war —. An der unter der Diagnose von „ carcinomatös degenerirte Ovarialcyste " in's pathol. Institut zugelieferten Leiche hat man festgestellt: Bösartig degenerirte linksseitige Ovarialcyste; Dissemination an der Peritonealfläche, papillomatöse Neubildungen an der Darmserosa ; Metastasen in der Leber, Gallenblase, dem Grossnetz, den Mesenterial-, und Retroperitonealdrüsen; obturirende Thrombose d. V. femoralis sin.; Stenose d. l. Ureters mit der Dilatation im oberen Teil des letzteren und der gleichseitigen Hydronephrose und dem Nierenstein u. s. w.

Die Geschwulst an der Stelle d. l. Ovariums ist mannskopfgross — 20 cm hoch, 16 cm breit u. 10 cm dick —, von rundlicher Gestalt und zwar in der Richtung von vorn nach hinten abgeplattet, mit einer fibrösen Kapsel und serösen Hülle versehen, an einem Teil vorn mit dem Grossnetz verwachsen. Sie nimmt also fast den grössten Teil des Unterleibs ein. An der unteren vorderen Partie nimmt man zahlreiche

halbkuglige erbsengrosse cystische Erhabenheiten wahr, welche dünne Kapsel besitzen, zum Teil aber perforirt sind und papillomatöse Gebilde hinausgucken lassen. Nahe am linken Rand hinten ragt ein solider hühnereigrosser Knoten hervor, welcher in der Basis in das gleichmässig-beschaffene Geschwulstgewebe im betreffenden Teil des Haupttumors übergeht. Eine enteneigrosse Cyste mit dem bräunlich-röthlichen, flüssigen Inhalt befindet sich links von Uterus und dicht angeschmiegt am unteren Rand des Haupttumors. Auf dem grossen Frontalschnitt des Haupttumors kann man ungefähr drei verschiedene Teile unterscheiden. Nahe am unteren Rande sieht die Schnittfläche körnig und weisslich-gelblich getrübt aus, indem da papillomatöse Gebilde dicht gewachsen sind, während eine schmale Zone am linken oberen Rande und überhaupt obere Hälfte aus einem dichten, gleichmässigbeschaffenen, Gewebe besteht, welches viele kleine und grosse Blutungsheerde beherbergt. Die mittlere Partie ist am meisten zerfallen, spröde, zerreisslich, bräunlichgelblich gefärbt und sieht schwammig aus.

Mikroskopisch hat es sich erwiesen, dass die untere Partie mit körnig-papillomatöser Beschaffenheit überwiegend das Bild von Kystoadenoma — carcinoma papilliferum darbietet, indem auf der Innenwand der Cysten gewucherte Papillen mit einer einfachen oder geschichteten Überkleidung von cylindrischen oder cubischen Epithelzellen die meisten Cystenräume ausfüllen, während das gleichmässige dichte Gewebe im oberen Teil hauptsächlich aus Spindelzellen besteht. Hierbei sei hervorgehoben, dass es, abgesehen von der verschiedenen Grösse der Spindelzellen, viele Luteinzellenartige granulirte mehr rundliche grosse Zellen, auch mehrkernige riesiggrosse Zellen, mit vielen Fortsätzen versehene wie Ganglienzellen aussehende Zellen, ferner drüsengangartig angeordnete kleinere Zellen gibt. Kurz, das gleichmässige Gewebe kann man wohl als polymorphzelliges Spindelzellensarcom betrachten. In den Schnitten aus der mittleren Partie sieht man bloss nekrotisches sarcomatöses Gewebe, welches je weiter unten desto mehr kysto-papillomatöse Beimischung zeigt.

Nach diesem Befunde hat der Verf. mit Recht die Diagnose auf eine bösartige Mischgeschwülst aus einem papillären kysto-adenomatösen Carcinom und einem polymorphzelligen Spindelzellensarcom gestellt. Dabei sei besonders zu bemerken, dass die beiden Bestandteile der Geschwulst auf ihrem weiteren Wachstum eine entgegengesetzte Rich-

tung angenommen haben, d. h. papillo-adeno-carcinomatöse Geschwulst nach unten, sarcomatöse nach oben, sodass auch ihre Metastasen auf verschiedenem Wege entstanden sind, nämlich Sarcommetastasen auf dem Blutwege in der Leber (Taf. I. Fig. 1) und dem r. Ovarium, papillo-adeno-carcinom-metastasen auf der Lymphbahn in Mesenterial-, u. Retroperitonealdrüsen (Taf. I. Fig. 2), auf dem Peritoneum.

Verf. erörtert nun kurz über die Fragen: 1) Aus welchem Organ hat sich die Geschwulst entwickelt?; 2) Genese der Geschwulst; (3 Metastasen. Betreffend der Genese hält der Verf. eine primäre Entstehung des kystoadenomatösen Carcinoms aus einem Ovarialkystom und eine secundäre Entwicklung des polymorphzelligen Spindelzellensarcoms aus dem Stroma des Kysto-adeno-carcinoms für wahrscheinlich. Als die Gründe dafür führt er an: Klinische Diagnose (bösartige Degeneration der Ovarialcyste), Vorhandensein der papillentragenden Cysten im unteren Teil der Geschwulst, eine allmählig nach oben steigernde Zunahme der Spindelzellen im Stroma des Kysto-adeno-carcinoms, mehr wahrscheinliche secundäre Entstehung des Sarcoms auch im Ovarium, als die primäre Combination des Sarcoms und Carcinoms. Nur die Metastasen im vorliegenden Falle, teils carcinomatöse, teils sarcomatöse, aber keine gemischte, scheinen eher für die Combination zu sprechen. Durch diese Thatsache lässt der Verf. aber jene altbekannte Erfahrung auf's neue beweisen, dass das Carcinom auf dem Lymph-, das Sarcom dagegen auf dem Blutwege sich zu verbreiten geneigt ist, indem hier beide Bestandteile im primären Tumor ungefähr in der mittleren Höhe einmal eine Mischgeschwulst zusammengesetzt, bald darnach eine isolirte, entgegengesetzte Wachstumsrichtung angenommen haben. Uebrigens hat *v. Hansemann* auch einen Fall von bösartiger Mischgeschwulst ohne gemischte Metastase angegeben.

Indess, in Anbetracht der grössten Mehrzahl des einfachen Kysto-adeno-carcinoms ohne Beimischung von Sarcom erachtet der Verf. bei der polymorphzelligen, an Embryonalgewebe erinnernden indifferenten Natur des Sarcomgewebes im vorliegenden Falle es als notwendig, dass eine angeborene überschüssige Anlage des Gewebskeimes für das letztere angenommen werden muss.

Endlich fasst der Verf. das ganze Resultat in folgenden Sätzen zusammen:

1) „ Die Geschwulst im vorliegenden Fall stellt eine seltene Misch-

geschwulst von Carcinom und Sarcom aus dem linken Ovarium dar, welche nach seinem Wachstumszustand einer Combinationsgeschwulst nicht unähnlich ist."

2) „Die genese ist nicht ganz klar. Das Sarcom könnte vielleicht aus einem indifferenten Gewebskeim im Ovarialstroma dicht an der Nähe des Kystoadenoma papilliferum und, das Adenocarcinom aus der Ovarialcyste entstanden sein."

3) „Das Carcinom hat auf dem Lymphwege in Retroperitoneal-, Mesenterialdrüsen, und auf dem Peritoneum (carcinomatöse), das Sarcom durch die Blutbahn im rechten Ovarium und in der Leber (sarcomatöse) Metasen erzeugt."

4) „Carcinomzellen aus den Cylinderepithelzellen über der Papille der Cystenwand haben auf das Peritoneum angelangt das Gefäss-Bindegewebe da zur Bildung schöner papillomatösen Gebilde (besonders auf der Darmserosa) gereizt."

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **H. Imamura**, Volontairassistent d. pathol. Instituts an d. med. Facult. d. kais.-Jap. Univ. z. **Tōkyo**, Ueber einen Fall von Trichoepithelioma (multiplex papulosum). — Taf. II. Fig. 1–2, Taf. III. Fig. 3 — (aus d. pathologischen Institut z. **Tōkyo**).

In der Einleitung erwähnt der Verf. kurz davon, dass *Jarisch* eine Stecknadelkopf-klein-bohnengrosse, platte, meistens mit der physiol, Haut überzogene solitär oder gruppenweise auftretende äusserst langsam und über eine bestimmte Grösse nicht weiter wachsende Geschwulst von ziemlich derber Consistenz mit der häufigen Localisation am Gesicht, sonst am Kopf-, Hals- und Rückenteil mit Recht Trichoepithelioma (multiplex papulosum) genannt hat, indem aus cylindrischen oder spindelförmigen Epithelien bestehende Zellenstränge, oder -Netze, als Geschwulstparenchym, in der Tiefe hufeisenförmig oder kurz gabelig geteilt endigen und an dieser concaven Endigung sehr häufig haarpapillenartiges Gebilde, wie am Haarkeim beobachtet wird, ferner verhornte, concentrisch geschichtete Substanz oder Haarschaft selbst in der mittleren

Zone der Zellstränge vorgefunden werden. Weiter führt der Verf. noch teils zu teils widersprechende Ansichten von verschiedenen Autoren kurz an.

Der Tumor, welchen der Verf. genau untersuchen konnte, verdankt er Herrn Prof. *W. Okada*, der im Juni vorigen Jahres (1908) in seiner Oto-laryngo-rhinologischen klinik aus dem äusseren Gehörgang eines 53 j. Mannes exstirpirt hatte—kein Recidiv—, ist bohnengross, hat den äusseren Gehörgang fast ganz verstopft. Nach der Krankengeschichte habe der P. im 50 L. j. am Eingang des rechten äusseren Gehörgangs einen kleinen schmerzlosen Tumor von derber Consistenz bemerkt., welcher langsam während drei Jahre bis zur erwähnten Grösse heranwuchs.

Verf. beschreibt die Beschaffenheit der Geschwulst (Taf. II. Fig. 1) ungefähr wie es folgt: Sie sitzt an der hinteren, unteren Wand des äusseren Gehörganges. Ihre äussere Oberfläche ist uneben, grobgranulirt während sie auf der inneren Seite (gegen Trommelfell) feinkörnig bis papillös ist. Sie ist im ganzen rundlich gestaltet, aber der Längsaxe des Gehörganges entsprechend etwas länglich, und überall mit der Haut von gewöhnlicher Farbe überzogen, welche gegen die Geschwulst leicht verschiebbar ist. Mit der Unterlage zeigt die letztere auch einen losen Zusammenhang, nur in einem Teil ist sie fest verwachsen. Ferner sei bemerkt, dass eine kleine seichte Erosionsfläche an der vorderen, oberen Fläche vorhanden, mit einer geringen Menge von blassröthlichen, serösen geruchlosen Flüssigkeit befeuchtet war.

Nach der histologischen Untersuchung konnte der Verf. zwei gesonderte Geschwulstgruppen unterscheiden.

a) Gruppe: Zahlreiche verschlängelnde, vielfach verzweigende, gabelig verteilende, auch netzartig communicirende Epithelzellenstränge in der Cutis stehen nach der Beobachtung der Serienschnitte mit dem Haarbalg in einem directen Zusammenhang. Geschwulstzellenkerne sind reich an Chromatin, rundlich, ellipsoid oder spindelförmig. Die relativ kleinen Zellen sind arm an Protoplasma, durch Eosin nur blass röthlich gefärbt, zeigen keine Stacheln und keine Protoplasmafasern. Sie bilden dicht angeordnet Stränge oder Haufen. Im Verlauf vieler Zellstränge findet man öfters rundlichcystische oder canalartige Höhlenbildung mit einer geschichteten Hornsubstanz, oder mit einer gallertigen auch feinkörnigen Masse als Inhalt. Die Innenfläche dieser Höhle sind meist mit den genannten Tumorzellen, manchmal aber mit einer Zone Zellen vom Aussehen der Schweissdrüsenepithelien

versehen, sodass man auch eine Communication der Geschwulstzellenstränge mit der Schweissdrüse beobachten kann. Beschaffenheit des Stromas: dicht an und längs dem Epithelstrang ist das faserige Gewebe besonders straff. Weiter entfernt von den Zellsträngen ist das Stroma mehr locker, an manchen Stellen sogar schleimig.

b) Gruppe: Die eben beschriebene grosse Geschwulstgruppe liegt dicht unter der Oberfläche (Taf. II. Fig. 2. a). Unterhalb derselben kommt eine zweite grosse Gruppe zu liegen, welche sich um eine centrale atheromatöse Höhle entwickelt hat (Taf. II. Fig. 2. b). Man sieht viele kleine Geschwulstgruppen längs der Wand der genannten Höhle, eine bestimmte Dicke der Cutis einnehmend, an einander gereiht liegen. In jede kleine Gruppe senkt sich kleine Anzahl von Haarbalg, welcher durch das schleimig-hyaline Gewebe (innere Zone) hindurch gegen die Tiefe (äussere Zone) gabelig verteilend hineindringt (Taf. III. Fig. 3.), um in der äusseren Zone da netzartig communicirende Zellstränge darzustellen. Schweissdrüsen befinden sich zwischen diesen kleinen Geschwulstgruppen, oder vereinzelt innerhalb der letzteren überall im passiven Zustande. Geschwulstzellstränge aus Epithelzellen von derselben Beschaffenheit wie in der Gruppe a) sind meistens solid, aber manchmal trifft man kleine rundliche verhornte, oder Schweissdrüsenartig cystische Heerde in Verlaufe von einem und demselben Zellstrang. Hier kann man überall das continuirliche Wachstum der Zellstränge vom Haarbalg leicht constatiren.

Am blinden oder gabelig verteilten Ende der Geschwulststränge sieht man als Regel, dass Bindegewebe da wie eine Haarpapille aus dem dichten Haufen von polymorphen Bindegewebszellen besteht. Sonst ist das Stroma in der inneren Zone (dicht unterhalb der Höhlenwand) meist schleimig-hyalin, z. Teil knorpelartig. Ferner konnte der Verf. bestätigen, wie die Geschwulstzellen in die Höhle der Schweissdrüsen hineingedrungen sind und Wandepithelien der letzteren gegen das Drüsenlumen vorgedrängt haben.

Verf. unterzieht in der Epikrise Folgende Punkte einer genaueren Betrachtung: 1) Genese; 2) ob. die Epithelzellen der Körperoberfläche sich auch an der Geschwulstbildung beteiligt haben; 3) ob. die Drüsenepithelien der Talg-, besonders Schweissdrüsen auch daran Teil genommen haben; 4) wovon rührt her, dass das Stroma nach verschieden Stellen auch verschieden beschaffen ist?; 5) Aetiologie.

Nach einer ausführlichen Erörterung dieser Fragen kommt der Verf. endlich in folgende Schlussfolgerung:

1) „Die vorliegende Geschwulst entspricht dem von *Jarisch* zuerst beschriebenen Trichoepithelioma."

2) „Hier ist die Entstehung der Geschwulstzellen aus den Epithelien des Haarbalgs, nicht aber aus den Oberflächen—oder Schweiss—oder Talgdrüsenepithelien ganz klar."

3) „Geschwulstzellen zeigen hier ausser der Verhornung auch eine Art gallertige Degeneration."

4) „Wegen der Entstehungsursache kann man nicht sicheres eruiren. Als die Matrix könnte man vielleicht überschüssige Anlage von Haarkeim annehmen (das multiple Auftreten der Geschwulstgruppen sprechen besonders dafür). Auch die papillomatöse Beschaffenheit der Oberfläche bei der a) Geschwulstgruppe mit der unregelmässigen Anordnung und dem ungewöhnlichtiefen Eindringen von Haarbalg, ferner atheromatöse Höhlenbildung in der b) Gruppe müssen als vor der Geschwulst bestandene Thatsachen, abgesehen davon, ob sie angeboren oder erworben sind, für eine zweite Entstehungsursache erachtet werden."

5) „Eine wechselnde Beschaffenheit des Stromas je nach der Geschwulstpartie—, bald aus cubischen Zellen (am Ende der Geschwulststränge), bald schleimig-hyalin, bald sogar knorpelig—, lässt unsere Geschwulst einer endothelialen Mischgeschwulst von Parotis äusserst ähnlich aussehen."

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **T. Hashimoto**, Verewigter Hofrath, Vicomte, Director des Jap.-rothenkreuz-hospitals, Ueber einen Fall von Krebs aus der dilatirten Oesophaguswand.—Taf. IV–V.—

Der alte neulich von uns für ewig geschiedene Verf. hat einige Monate vor seinem Tode einen seltenen Fall von Oesophaguskrebs, welchen er schon vor 20 Jahren beobachtet hat und einst für die Festschrift beim 70 j. Jubileum des verstorbenen Prof. Gerhardts bestimmt hatte, dankbarerweise extra für unser „Gann" einen seiner Schuler in einer kurzen Form niederschreiben lassen.

In der Einleitung betont der Verf. dass die sogen. idiopathische Dilatation der Speiseröhre ziemlich selten (ca über 70 Fälle bis 1900 nach *Neumann*) und dass ein Carcinom aus der Wand solch-dilatirter Speiseröhre weit seltener ist.

Es handelt sich um 39 j. Beamten. Seit dem 19ten L. j. hatte d. P. ein Gefühl, dass die Speise in irgend einem Teil des Oesophagus gestaut bleibt und nicht in den Magen gelangt, sodass er um 23. L. j. gewöhnliche Speise nicht aufnehmen konnte. Weil jedoch diese Schluckbeschwerde nicht immer fortbestand, d. h. d. P. konnte auch ab und zu wie gewöhnlich verschlucken, so hat er erst im 35 L. j. einen Arzt besucht, welcher durch Bougieren eine Stenose in einem Teil Oesophagus feststellen konnte. Mit der Zunahme der Beschwerde wurde d. P. immer schwächer. Im December 1886 ging er eines Tages auf Jagd und er hat in einem Landhaus übernachtet. Morgens hatte er Blut beigemischte Masse erbrochen. Seither hat d. P. schleimig-eitrige schlechtriechende Masse (manchmal mit Blut) einiges Mal täglich zu erbrechen, indem die Stenose immer fortbesteht. Dabei ist immer sehr auffallend, dass manchmal feste Speise leicht in den Magen hinuntergleitet, während öfters selbst kein Tropfen von der füssigen Speise in den Magen gelangt. In diesem Zustande war er seit Mai 1887. 7 Wochen lang vom Verf. im Jap.-rothen-kreuzhospital behandelt. Nach der Entlassung soll sich eine hartnäckige Diarrhoe hinzugesellt haben. So ist d. P. im April 1888. 21 Jahre nach dem ersten Beginn der Stenosenerscheinung wegen Marasmus gestorben.

Durch die Bitte des Verf's ist erst nur locale Section von der angehörigen erlaubt. Ca 25 cm langer Oesophagus ist in der Höhe von Bifurcation der Trachea am meisten dilatirt und ungef. faustgross. Nach der Cardia zu nimmt der Grad der Dilatation allmählig ab, während der Oesophagus nach oben unter der allmähligen Verengerung in eine gewöhnliche Weite zurückkehrt. Nur ein Teil der Lunge ist mit der einen Stelle der erweiterten Speiseröhre fest verwachsen. Hintere, untere Mediastinal -und Cardialdrüsen sind taubeneigross angeschwollen. Ihre Schnittfläche zeigt bald grauweissliche Flecke, bald im Centrum erweichte Heerde.

Längs aufgemacht: beginnt carcinomatös umgewandelter Teil etwas aufwärts von Bifurcation und er gelangt bis zur Cardia, sodass die ganze Länge 15 cm beträgt. Am obersten Teil ist die Breite 8 cm,

etwas unterhalb der Bifurcation 9,5 cm, im Cardiateil 7,5 cm. breit. Die ganze Schleimhautfläche ist ulcerös zerfallen, zackig und fetzig. Am oberen Rande gegen die gesunde Schleimhaut sieht man noch platte warzige Erhabenheiten, besonders in der vorderen Wand liegt die zahnradartige, zackige Grenze höher. Die untere Grenze gegen Cardia ist scharf, auch mehr oder weniger verdickt. Nur in einem Teil gehen die Geschwürsfläche und carcinomatöse Infiltration auf kleine Curvatur über. Am Magen selbst bemerkt man ausser der erwähnten Infiltration nicht besonders. Zur Zeit der Section konnte man keine stenotische Stelle mehr constatiren.

Verf. hat neuerdings Herrn Dr. *T. Maruyama* wieder 1) aus der ungef. centralen Partie der Geschwülst; 2) aus der oberen Grenzstelle; 3) aus dem Cardiateil; 4) aus den angeschwollenen Cardialdrüsen und 5) aus der mit der Speiseröhre verwachsenen Lunge Präparate anfertigen lassen. Nach dem histologischen Befunde war es klar, dass der Fall sich um ein Oesophaguscancroid handelt, welches nicht nur innerhalb der dilatirten Wand selbst überall infiltrirend gewachsen ist, sondern durch Muscularis nach aussen Metastasen in unteren hinteren Mediastinal- und Cardialdrüsen erzeugt hat, während die mit Oesophagus verwachsene Partie der Lunge nur das Bild von einer chronischen, interstitiellen Pneumonie gewährt.

In der Epikrise bespricht der Verf. zuerst von der Häufigkeit des Oesophaguscarcinoms im allgemeinen, dann begründet der Verf. nach der Krankengeschichte und dem Sectionsbefunde unter der Berücksichtigung diesbezüglicher Literatur, dass das Carcinom in seinem Fall aus der idiopathisch erweiterten Wand der Speiseröhre entstanden sein muss. Weiter erörtert der Verf. über die: Ursache der sogen. idiopathischen Dilatation der Speiseröhre und die Entstehung des Carcinoms aus dieser dilatirten Wand sehr ausführlich.

Nach dem Schlusssatz heisst es: „Der vorliegende Fall hat 21 Jahre lang die Symptome von der sogen. idiopathischen Dilatation der Speiseröhre gezeigt. Innenfläche der dilatirten Wand ist geschwürig zerfallen, sodass sie schliesslich Matrix zum Cancroide bildete. Die Ursache der an ihrer spindelförmigen Gestaltung, dem Fehlen der bei der Section constatirbaren Stenose unzweifelhaften idiopathischen Dilatation darf wohl auf den Krampf, ferner auf eine abnormstarke Entwickelung der Muskulatur im Cardiateil zurückgeführt werden. Stauung, Zersetzung

der Speise im dilatirten Teil geben der Wand einen chronischen beständigen entzündlichen Reiz. Dadurch entstandenes Geschwür hat nun weiter den Boden für das Carcinom geliefert; denn Oesophagusdilatation vom 21 jährigen Verlauf ist wohl ganz verschieden von einer geringfügigen Erweiterung der Speiseröhre nach der carcinomatösen Stenose."

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **H. Imamura**, Volontairassistent des pathol. Instituts an d. med. Facult. d. kais.-Jap. Univ. z. **Tōkyo**, Ein Fall von Mammacarcinom bei einem weiblichen Hunde. (aus d. pathol. Institut z. **Tōkyo**).

An einem von einem Tierarzt, Herrn Dr. *Irie*, exstirpirten und vom letzteren uns zugeschickten Material von Mammacarcinom bei einem weiblichen Jagdhunde, welcher nachher an Recidiv gestorben ist, konnte der Verf. eine interessante Thatsache feststellen, nämlich das Vorhandensein vom sarcomartigen Gewebe, was den Verf. zur Publication dieses Falles veranlasste.

Exstirpirte Mamma ist fast kindskopfgross. An der hinteren Fläche derselben findet eine frei blosgelegte höckerige Hervorragung der Geschwulstmasse, welche im centralen Teil grosse lacunenartige Einziehung als Substanzverlust zeigt. An der grossen Sagitalschnittfläche nimmt man wahr, dass die Geschwulst sich um die beschriebene Einziehung halbkreisförmig ausgebreitet hat und dass diese weisslich-grauweissliche Geschwulst durch die grauen Bindegewebszüge verschiedentlich hindurchgezogen fast eine ganze Hälfte der Schnittfläche einnimmt. Ferner viele Tochterknoten an der Oberfläche und einige Cysten mit gallertigem Inhalt sind noch beobachtet.

Nach dem histologischen Befunde hat die Geschwulst im ganzen das Bild von Adenocarcinoma (aus dem mittelgrossen Milchgang) beim Menschen. geliefert. Weiter konnte der Verf. noch einfache cystische Erweiterung der präexistirten Milchgänge oder neugebildeten Drüsengänge constatiren. Dabei sei besonders bemerkt, dass die Geschwulstzellen da gross sind und Mitosen zeigen (jung), wo das Bild noch

adenomatös ist, während sie meist weit kleiner sind und keine Mitosen wahrnehmen lassen, wenn sie dicht beisammengruppirt sind und echt carcinomatöse Alveolen bilden (alt).

Interessant war nun in dem Fall, dass das Stroma im adenocarcinomatösen Teil aus dem gewöhnlichen spindelzellenreichen Bindegewebe besteht, während dasselbe im kystoadenomatösen Teil so sehr zellenreich ist, dass es oft das richtige Aussehen von Spindelzellensarcom gewährt, dessen Wucherung vielfach adenomatöses Gewebe zur Druckatrophie genötigt zu haben scheint. Diese sarcomatöse Hyperplasie der Bindegewebszellen habe nach Verf. gewiss keinen directen Zusammenhang mit dem Carcinom, sie konnte aber in diesem Fall nicht zu einem echten Sarcom heranwachsen. Man findet neben dem am meisten zellenreichen sarcomatösen Stroma das weniger zellreiche und schon faserige Stroma.

„Bei der Haeufigkeit des Fibroadenoma mammae beim Menschen trifft man nicht häufig einen sarcomatösen Granulationszustand im Stroma, wie in diesem Hundesfalle, welcher also uns belehrt, dass man zuerst eine positive Impfung gemacht und Sarcom erzeugt haben muss, wenn man beim Impfversuche des Thiercarcinoms eine Neubildung von Sarcom aus dem Stroma behaupten will. Das einfache histologische Bild kann uns wohl täuschen, besonders wenn es möglich genug ist, auch aus dem erwähnten hyperplastischen Zustande ein Sarcom entstehen zu sehen."

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **K. Watanabe,** Zur pathologischen Anatomie-Histologie, und klinisch statistische Studie über den Oesophaguskrebs.—mit 13 Textfiguren—(aus d. pathol. Institut z. **Kyōto**).

1) Verschiedenheit der Rasse, Gewohnheiten und Lebensweise, insbesondere der Speise und Getränke bei uns lenkt unsere Aufmerksamkeit auf den Oesophaguskrebs wie auf dengleichen anderer Abschnitte des Verdauungstractus. 2) Bisher ist jedoch bei uns der Oesophaguskrebs im Vergleich zum Magenkrebs noch relativ wenig studirt. 3) Klinisch zeigt der Oesophaguskrebs verglichen dem Krebse anderer Teile des Verdauungstractus gewisse Besonderheiten. Das sind Gründe, weshalb

der Verf. Studie über den Oesophaguskrebs unternommen hat. Es stand ihm 13 Obductionsfälle des pathol. Instituts des Herrn Prof. *A. Fuzinami's* zu *Kyōto* zur Verfügung.

Das ganze Resultat, welches in den Capiteln: 1) prädisponirende Momente, 2) Häufigkeit, 3) klinische Symptome und Verlauf, 4) Anatomische Verhältnisse, 5) Complication, 6) Diagnose, 7) Todesursache und 8) Pathologische Histologie, vergleichend mit anderen Statistiken ausführlich geschrieben worden ist, kann der Ref. hier nicht recapituliren, wofür aber Schlusssätze im folgenden referirt werden.

1) Oesophaguskrebs ist weniger beim weiblichen Geschlecht (7,7%), als beim männlichen (92,3%).—Als Ursache dafür nimmt der Verf. unmässiges Leben (Diätfehler) und Missbrauch der geistigen Getränke bei Männern an.

2) Heredität scheint nicht besonders wichtig zu sein (wie beim sonstigen Carcinom überhaupt).

3) Am meisten prädisponirt sind die 40–60te Decenien.

4) Fast immer primär.

5) Häufigkeit: 1.08% von Gesammtzahl von Sectionsfällen; 9,56% von allen secirten Carcinomfällen; 17,56% von den Carcinomfällen des Verdauungstractus; 13 Oesophaguskrebs: 50 Magenkrebs (nach Referent: 17: 107)

6) Unter den klinischen Symptomen:

Schluckbeschwerde	92,3%
Erbrechen	69,2%
Anfallsweiser Schmerz	69,2%
Parästesie im Teil Oesophagus	61,5%

7) Verlauf durchschnittlich $6^1/_2$ Monate nach dem ersten Symptom.

8) Localisation: mittlere Höhe, insbesondere entsprechend der Bifurcationsstelle: 69,2%

9) Alle Fälle sind schon geschwürig zerfallen. Am meisten (61,5%) trifft man einen Teil besonders stark verdickt und verengert. Beim 23.0% hat der Verf. mehr als einen von Hauptgeschwulst solitäre Tochterknoten der Mucosa gefunden.

10) Oesophaguskrebs wächst sowohl auf wie nach abwärts (53,8%), sehr häufig mit der Umgebung verwachsen (92,3%).

11) Perforation in rechte Lunge: $^3/_5$

„ „ linken Bronchus: $^2/_5$

12) Metastasen in Lymphdrüsen: 76,9%
„ „ Oesophagus: 38,4%
„ „ Magenwand: 15,3%
„ „ Leber: 7,7%

14) Metastasen entstehen hauptsächlich in der Richtung der Lymphbahnen (ausnahmsweise: auch retrograd oder auf dem Blutwege)

15) Unter den Complicationen: sind fibröse u. fibrinöse Pleuritis: 76,9%
Catarrhalische u. gangränescirende Pneumonie 61,5%
am häufigsten.

16) Unter den Folgeerscheinungen: sind Gangränescirende Pneumonie (durch Perforation) : 30,8%
Magencatarrh (durch Zersetzungsproduct) : 30,8%
Magenkrebs (secundär) : 15,4%
Pneumothorax (durch Perforation) : 7,7%

18) Als directe Todesursache: ist Pneumonie am meisten (53.8%) angegeben. Demnächst kommt Marasmus (nach der Operation) an die Reihe. (23,0%)

19) Bei allen Fällen handelte es sich um den Plattenepithelzellenbrebs. Zellstränge sind dicht und irregulär. Bildung von Carcinomperlen: in 64.3%; Verhornung in 57,1%; Perlen mit Verhornung: in 50.0%.

20) Geschwulstzellen haben überwiegend den Charakter von der oberflächlichen Epithelschicht, während nur ein Fall (7,1%) fast das Bild von Cylinderzellenkrebs zeigte.

21) Stroma ist bindegewebig,—in einem Fall Knochengewebsinsel darin eingebettet."

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **G. Sudō,** Volontairassistent d. pathol. Instituts an d. med. Facult. d. kais.-Jap. Univ. z. **Tōkyo,** Ueber das Peniscarcinom. (aus d. pathol. Institut z. **Tōkyo**).

In dieser Arbeit glaubt der Verf. an der Hand zahlreiches Untersuchungsmaterials, welches er dem *Juntendō*'hospital (der Abteilung des

Herrn Dr. *Akutsu*) hauptsächlich und auch der chirurgischen Klinik d. Herrn Prof. *S. Satō*, ferner hiesigem pathol. Museum verdanke, besonders über die Localisation, die Arten, die Entstehungsweise und Ursache etwas beitragen zu können. Damit möchte er gleichzeitig beweisen, dass die Behauptung *Yamagiwa's*: „Für die Entstehung des Carcinoms hat jedes Organ seine eigene Geschichte....." auch hier für das Peniscarcinom ihre volle Gueltigkeit hat.

Einleitend führt d. Verf. Häufigkeitsskala nach verschiedenen Statistiken (Durchschnittlich 2,39% unter allen Krebsen; 5,05% unter solchen beim männlichen Geschlechte) und verschiedene aetiologische Momente kurz an. Besonders hebt der Verf. schon jetzt als Lieblingsorte des Peniscarcinoms: Hintere Partie von Glans penis, innere Fläche der Vorhaut, Fossa coronaria glandis hervor. Diese sind bekanntlich Stellen, welche nach dem Eintritt der Puberitätszeit beim Coitus sowohl wie bei der Onanie am meisten Reibungen ausgesetzt sind. Diesen physiologischen wiederkehrenden mechanischen Reizen sind weiter die entsprechenden Stellen des phimotischen Penis besonders weniger resistent, und es soll deshalb Personen mit Phimosis am häufigsten vom Carcinom befallen werden. So gibt der Verf. 49,5% als Durchschnittszahl des Peniscarcinoms bei Phimosis an.

Einzelbeobachtungen: Fall I. 54. J. Papillom von der Innenfläche der Vorhaut bis über den Glans ausgedehnt, bei einem phimotischen Penis. Es ist ziemlich gross gewachsen. Man findet aber nur in einigen Papillen ein infiltratives Wachstum. Bemerkenswerth sei noch, dass reichliche Mastzellen im Stroma gefunden worden sind und dass die Pigmentzellen in der Keimepithelschicht der papillomatösen Geschwulst nicht nachweisbar sind.

Fall II. 31 j. Ulceröses Carcinom des Glans. Da sieht man viele carcinomatöse Geschwüre. Geschwulstzellen sind keimepithelähnlich, weniger zur Verhornung geneigt, schon tief in die Septen des Schwammkörpers und in die Vene hineingedrungen. Eine papillomatöse Hyperplasie am vorderen Rande der Vorhaut auf der Rückenseite. Reichliche eosinofile Zellen im Stroma (*keine Phimosis*)

Fall III 57 j. Ueberwiegend aus der inneren Fläche der Vorhaut entstandenes Papillocarcinom, dessen mächtiges Wachstum phimotische Vorhaut in einer Stelle nach aussen durchbrochen hat, wo die äussere Epithellage schon Pigment verliert. Ueberhaupt sei bemerkenswert, dass

bei allen Fällen die äussere Haut mit dem Eindringen des Carcinoms ihr Pigment verliert.

Fall IV. Von der Oberfläche des Penis auf die innere Fläche der Vorhaut ausgebreitetes Carcinom. Weil die Entwicklung des Stroma dem überaus rapiden Wachstum des Geschwulstparenchyms keinen gleichen Schritt halten kann, so ist überall Zerfall entstanden (hie u. da Kalkablagerung). Es ist auch in die Septen des Schwammkörpers eingedrungen. Am Rest der Vorhaut kann man die erst vorhandene Phimosis von ziemlichhohem Grade eruiren.

Fall V. Interessant ist bei diesem Fall zu sehen, dass ein carcinomatöses Geschwür auf der linken Seite des Penis mit der mässigen Phimosis entstand, während eine papillocarcinomatöse Wucherung am Vorderrande der Vorhaut beginnt. Wieder sei bemerkt, dass die Haut als bald Pigment verliert, wenn das Carcinom sich nahe herandrängt. — (Fortsetzung folgt im I. Heft d. III. Jahrganges) —

(*K. Yamagiwa.*)

Dr. **G. Kika**, III. Assistent des pathol. Instituts an d. med. Facult. d. kais.-Jap. Univ. z. **Tōkyo**, Ueber das primäre Lebercarcinom. (aus d. pathologischen Institut zu **Tōkyo**).

Auf der Basis der anatomisch-histologischen Untersuchung von 30 Fällen des primären Lebercarcinoms, welche bis zur neuesten Zeit im hiesigen pathologischen Institut secirt worden sind, versucht der Verf. in dieser Arbeit etwas für die Genese und Aetiologie des Carcinoms beizutragen.

In der Einleitung bemerkt der Verf. kurz, dass die Leber als ein stark regenerationsfähiges Organ nach verschiedenen Insulten und bei verschiedenen Krankheitsprocessen sehr oft eine vicarirende Hypertrophie und insbesondere knotige Hyperplasien zeigt, welche nach ihrem Bau gar nicht von einem Leberadenom zu unterscheiden sind, ferner, dass die entzündliche Hyperplasie der Schleimdrüsen grosser Gallengänge in der Leber bei der Einkeilung der Gallensteine oder beim Parasitismus von

Distomum Spathulatum eben auch ganz adenomatös werden kann Dabei gibt es auch nicht wenige Fälle von der primären Epithelialgeschwulst der Leber, welche sich nach *Eggel's* Statistik zwischen 1661–1900 J. auf 163 beläuft.—Zwar bei uns seien bisher nur 14–15 Fälle von ihnen publicirt.—Deshalb erachtet der Verf. es für sehr zweckmässig, Carcinomfrage einmal an einem reichlichen Material vom primären Leberkrebs durchzuprüfen, was ihm glücklicherweise zur Verfügung stand.

Nach der kurzen Voranschickung historischer Skizze über die Entstehung des Lebercarcinoms (so aus Bindegewebe teilsweise—*Wagner;* aus grossen Gallengängen und der Gallenblase—*Riesenfeld;* aus Gallencapillaren zwischen den Acini *Naunyn, Waldeyer, Weigert;* aus Leberzellen—*Eberth, Perls* u. A. M.; aus Leberzellen und Gallengängen in derselben Geschwulst—*Thorel* u. A.) citirt d. Verf. zuerst wichtige statistische Daten aus der Literatur.

1) Häufigkeit d. prim. Lebercarcinoms:
   Ca. 0,5 ‰ unter allen Sectionsfällen nach *Riesenfeld* (1868) und *v. Hansemann* (1890). im *Berliner* pathol. Institut.
   a) Aus Parenchymzellen 99. Fälle
   b) „ Gallengangsepithelien 17. „
   116. „ —(*Eggel*)—

2) Localisation: Meist im rechten Lappen, nur 4. Fälle im l. Lappen.—(*Eggel*)—

3) Geschlecht: bei Männern 63,3%
   „ Weibern 36,7%—(*Eggel*)—
   a) Parenchym. Leberkrebs:
   ♂ 65 (68,4%)
   ♀ 30 (31,6%) } 95—(*Eggel*)—
   b) Aus Gallengangsepithelien:
   ♂ 6 (42,9%)
   ♀ 8 (57,1%) } 14—(*Eggel*)—

4) Beziehung zur Lebercirrhose:
   Mit Cirrhose 70 (85.4%)
   Ohne „ 12 (14.6%) } 82—(*Eggel*)—

a) Parenchym. : mit Cirrhose : 86,4% ; ohne Cirrhose : 13,6%
b) Aus Galleng. : „ „ : 62,5% ; „ „ : 37,5%
—(*Eggel*)—

5) Alter : 40–60 (nach *Hanot-Gilbert*)
50–60 (nach *Eggel*)

6) Aetiologie : *Eggel* führt an :

Alcoholvergiftung	30	Fälle
Cholelithiasis	14	„
Schnürleber	7	„
Traumatischer Reiz	7	„
Erbliche Anlage	4	„
Syphilis	3	„
Adhäsion mit dem gebrochenen Rippenknochen	1	„

7) Icterus :
a) Parenchym. : 63%
b) Aus Galleng. : 69%—(*Eggel*)—

8) Ascites :
a) Parenchym. : 68%
b) Aus Galleng. : 32%—(*Eggel*)—

9) Milztumor :
a) Parenchym. : 36%
b) Aus Galleng. : kein Fall—(*Eggel*)—

10) Einteilung des Lebercarcinoms :

Nach *Hanot-Gilbert* (1888) (nach der macroskopischen Beschaffenheit) :

a) Cancer nodulaire
b) „ massif
c) „ avec cirrhose

Nach *Eggel* (vom Standpunct der Structur) :

a) Carcinoma Solidum
b) „ Adenomatosum

Nach *Wegelin* (in Rücksicht der Verschiedenheit des Stroma's)

a) Carcinoma alveolare—bindegewebiges Stroma.
b) „ adenomatosum—Capillargefäss als Stroma.

Verf. teilt sein ganzes Material nach dem Vorschlag des Referenten, wie es auch heutzutage am meisten gebräuchlich ist, vom genetischen Standpunkt aus in a) parenchymatöse Form und b) solche aus Gallengangsepithelien ein. Vor der Beschreibung einzelner Fälle gibt er eine kurze Notiz über vielen bemerkenswerthen Eigenschaften beider Formen primären Lebercarcinoms an.

I. Parenchymatoeser Leberkrebs:

(A) Makroskopische Eigenschaften:

a) Meistkuglige Knoten wachsen expansiv, zeigt an der Oberfläche als halbkuglige Erhabenheiten gewöhnlich keine Delle am Scheitel.

b) Knoten sind weicher als Leber-parenchym, häufig markig weich. Ihre Farbe varirt nach dem Blutgehalt und Grad der Degeneration. Sie entbehren jedenfalls des bräunlichen Farbentons.

c) Wegen der häufig eintretenden Blutung und regelmässigen regressiven Metamorphose wandeln die Geschwulstzellen mit Stroma bald in ein weiches hinfälliges, morsches, manchmal sogar pseudofluctuirendes Gewebe um.

d) Die Geschwulst zeigt uns somit einen schwammigen Bau, wenn die zerfallene Masse in der Härtungsflüssigkeit ausgelaugt wird.

e) Parenchymatöser Leberkrebs bricht bald in das Lumen der Aeste von Pfortader durch, sodass stets sehr reichliche intrahepare Metastasen vorgefunden werden, während die letzteren extrahepar erst spät angetroffen werden, und zwar dann in der Lunge und den Portaldrüsen.

(B) Mikroskopische Kriterien:

f) Als ein ihm charakteristisches Bild kann man sich vorstellen, dass hier das Capillarnetz Stroma bildet, und leberzellenähnliche grössere polyedrische Zellen zusammen eine oder zwei—drei Reihen bildend Netzmaschen ausfüllen. Solange dieses Verhältniss zwischen den Parenchymzellen und dem Capillarstroma regulär bleibt und die Zellen rundliche oder längliche kleine Hohlräume (Rosetten) bilden, solange ist die Geschwulst typisch und rein adenomatös. Wenn die Wucherung der Parenchymzellen heftiger wird, Zellenstränge dicker und voluminöser (d. h. mehrschichtig) werden, keine Hohlräume mehr umschliessen,

Capillarnetz nicht überall klar zu Tage treten, so ist die Neubildung schon atypisch und carcinomatös.

g) Diese Rosetten sind durch ring—oder canalartig angeordnete meist kurzcylindrische Geschwulstzellen gebildet. Das centrale Lumen enthält bald Gallenpigment, bald hyaline Schollen. Sie entsprechen intraacinösen, intercellularen Gallenwegen in der knotigen Hyperplasie (*Yamagiwa*).

h) Geschwulstzellen: zwei—dreifach so gross wie die Leberzellen, jedoch selten kleiner als die letzteren; polyedrisch, nur solche auf Capillarwand sitzenden und Rosettenbildenden sind kurzcylindrisch. Protoplasma ist arm an Granula, mehr hell, hat keine bräunliche Far bennuance. Der Kern ist der Zelle entsprechend gross.

i) Gallensekretion: nicht immer, und zwar solange der Tumor typisch-adenomatös bleibt, solange kann man auch Gallensecretion constatiren.

k) Glycogenkörner: nicht specifisch.

l) Degeneration, Nekrose und Hämorrhagie sind gewöhnlich stark (Geschwulstthrombose, Gallenstauung und Haemorrhagie machen beim rapiden Wachsthum der Geschwulst Hauptursachen dafür)

m) Uebergangsbilder sind gewöhnlich bei dem ziemlich rapid wachsenden parenchym. Leberkrebs nicht zu finden.

n) *Kupfer*'sche Sternzellen. *Wegelin* hat diese Zellen im parenchymatösen Leberkrebs beschrieben. Auf diese noch nicht klare Zellen legt der Verf. wenig. Gewicht.

NUN FOLGEN EINZELNE FAELLE:

Fall I.—20 j. Baumwollenspinner. Keine Heredität; d. P. ist kein Trinker auch kein Raucher; keine syphilitische Infection ist nachweisbar. Der schwächliche Kranke habe im April 1908 im r. Hypochondrium zufällig einen faustgrossen, derben, druckempfindlichen Tumor hindurchgefühlt. Bei der Aufnahme in die innere Klinik d. Herrn Prof. *Irisawa's* unter klinischer Diagnose: primärer Leberkrebs am 6ten Mai des vorigen J. sind unter anderen constatirt: starkes Hervorwölben d. r. Hypochondriums, Dilatation der Bauchvenen, ferner Zurückbleiben der Geschlechtsteile in der Entwicklung. Tumor wuchs allmählig und reichte am Ende Juni fast die Höhe des Nabels. Anfang Juli ist eine haemorrhogische Flüssigkeit (1500.0 ccm) aus der

Bauchhöhle durch Punction hinausbefördert. $^{7}/_{VIII.}$: letales Ende.

Anatomische Diagnose: Primärer, parenchymatöser Leberkrebs, dessen Metastasen in der Leber selbst und Portaldrüsen, Geschwulstthrombose d. v. Portae; Höhlenhydrops (4000,0 ccm Ascites u. a.), Gastro-enteritis cyanotica, Milztumor; käsige Degeneration der Bronchialdrüsen, Pleuritis chronica fibrosa circumscripta sinistra, tuberculöse Geschwüre des Ileums u. s. w.

Die Leber: 27–20–12,5 cm gross u. 3550,0 grm. Schwer. Kapsel d. r. Lappens ist vielfach mit fibrinösem Belag bedeckt, teilweise stark hyperämisch, teilweise fibrös verdickt Hinten und etwas rechts von der Mitte der Kuppe gibt es eine etwa entenei-grosse eingezogene Partie, wo die Kapsel besonders stark schwielig verdickt ist und im mittleren Teil erbsengrosse halbkuglige grau-grünliche Knoten zeigt. Entsprechend der genannten Einziehung sieht man an der Schnittfläche einen ca. kindsfaustgrossen Tumor, welcher gegen die Umgebung durch eine dicke Bindegewebskapsel ringsum scharf begrenzt ist. Durch die von der letzteren einstrahlenden Faserzüge ist die weiche, bald dunkelroth, bald gelb-grünlich, bald graugelblich also ziemlich bunt gefärbte Geschwulstmasse in grobe Felder geteilt. Sowohl an der Aussen-, wie an der Schnittfläche bemerkt man dicht an der Hauptgeschwulst besonders, aber auch im ganzen r. Lappen zahlreiche miliar-Bohnengrossen Knötchen von icterischer Farbe, schwammigem Bau, spröder Consistenz. Von diesen metastatischen Knötchen trifft man im l. Lappen weit seltener. Ausser der Hyperämie und Stauung der Galle zeigt die Leber selbst keine sonstige auffallende Veränderung (keine Cirrhose, keine knotige Hyperplasie, keine Hyperplasie an den Gallengängen).

Mikroskopisch: Kapsel der Hauptgeschwulst besteht aus einer inneren zellen-u. gefäss-armen, fibrösen, z. T. hyalinen straffen Zone und einer äusseren lockerfaserigen, mittelstarke bis feinere Gallengänge, atrophische Leberzellenbalken, Nerven auch grosse Venen enthaltenden Schicht, welche hie und da Rundzelleninfiltration zeigt, und allmählig in das umgebende Lebergewebe sich verliert. Arterielle und venöse Getässe sind in der inneren Zone durch hüglige endoarteritische oder endophlebitische Verdickung verengert, oder obliterirt, auch durch Geschwulstzellen verstopft.

Das Geschwülstparenchym in der Hauptgeschwulst sieht auf einmal ganz ähnlich aus wie das Lebergewebe. Ein—zwei bis dreireihige Züge

von polyedrischen Zellen mit einem grossen chromatinreichen Kern sind einerseits durch Capillarnetz umsponnen, andererseits schliessen sie selten jene rosettenartige Hohlräume zwischen sich. Es gibt auch Centralvene in der Mitte und regelmässig nach allen Seiten ausstrahlende Zellenzüge. Geschwülstzellen sind etwas kleiner, aber nicht arm an Granula. Nur das Fehlen von der *Glisson*'schen Kapsel und unregelmässige Verteilung der dilatirten Vene in der Hauptgeschwulst lässt die letztere vom normalen Leberparenchym unterscheiden. Ferner sei hervorgehoben, dass in der peripherischen Zone der Hauptgeschwulst Gruppen von besonders Leberzellen-ähnlichen Geschwulstzellen angehäuft sind und Rosetten bilden, welche Gallenfarbstoff enthalten. Teleangiectasie, Haemorrhagien, Nekrosen und blutige Höhlen vorgefunden. Metastasen zeigen auch dieselbe und zwar mehr typische Structur. Nur die Geschwulstzellen scheinen hier etwas grösser zu sein.

In der Epikrise erörtert der Verf., dass die Hauptgeschwulst sich hier wahrscheinlich aus einem in der Entwicklung zurückgebliebenen Embryonallebergewebe (ringsum durch dicke alte Bindegewebskapsel begrenzt und tief eingezogen, Geschwulstzellen befinden sich da im indifferenten Zustande) entwickelt haben muss; indem erst das typische Adenom entstand und es später unter der uns unbekannten Bedingung bei gewisser Gelegenheit atypisch zu wachsen begann. Für die Behauptung zieht der Verf. ausser den anatom-histologischen Thatsachen noch das jungere Alter (20 j.) und Hypoplasie des Geschlechtsteils als Gründe heran.

Fall II.—(Fall des Herrn Dr. Kusama's im II. Heft I Jahrganges)- 51 j. Mann. Im 20ten L. j. litt d. P. an Uretritis; er trinkt seit der Kindheit sehr gern, und grosser Potator geworden (täglich 1 Liter Reiswein). Seit 1906 habe d. P. Druck und Spannungsgefühl im Epigastrium, auch ab und zu leichte Fieberbewegung. Im März dieses Jahres (1907) habe d. P. einen Schmerz im r. Hypochondrium empfunden und daselbst eine allmählig sich vergrössernde derbe Geschwulst hindurchgefühlt. Im April desselben J. trat Icterus hinzu. Am 20 Mai ist d. P. unter der klinischen Diagnose: Lebergeschwulst (Carcinom) in die innere Klinik d. Herrn Prof. *Irisawa's* aufgenommen. Damals ist gefunden, dass die Leber derb und ihre Oberfläche rauh-uneben ist, und viele hüglige Erhabenheiten hindurchzufühlen sind. Ascites u. Diarrhoe sind auch vorhanden. 6/VII: letal.

Anatomische Diagnose: Primärer parenchymatöser Leberkrebs und diffuse interstitielle Hepatitis, Icterus universalis, Ascites (mehrere L.), Milztumor, Oedem und Catarrh der Magen-Darmwand u. s. w.

Leber: 30–15–10 cm gross und 2250,0 grm. schwer. An der dunkelgrünlichen Oberfläche sieht man zahllose verschiedengrosse Granula und Knoten. Nahe am L. susp. hep. im r. Lappen gibt es eine circumscripte, stark eingezogene Stelle mit einer besonders verdickten Kapsel, welche auch körnige Knötchen trägt. In der Nähe davon befinden sich viele grössere fluctuirende Knoten. Am l. Lappen sieht man auch reichliche gröbere Erhabenheiten, von kleinen Knötchen zusammengesetzt. An der relativ intacten Partie bemerkt man sanfte hüglige Felder. Auf der Schnittfläche ist der als die Hauptgeschwulst zu betrachtende Heerd von ungef. Hühnereigrösse gegen die Umgebung durch eine graue Bindegewebskapsel umgeben. Die Wand des durch das schwammige Parenchym (Nekrose, Degeneration, Haemorrhagie) hindurchziehenden l. Portalastes ist durch die Geschwulst zerstört. Demnach ist der l. Portalast bis in seine feinste peripherische Aeste mit der Geschswulstmasse verstopft. Metastatische Knoten findet man also überall längs dem Verlaufe der Portaläste im l. Lappen und in d. l Hälfte d. r. Knoten an der Oberfläche zeigen keine Delle.

Dunkelgruene Leber mit einer ziemlich starken Stauung zeigt überall Verdickung der *Glisson*'schen Kapsel, ungleiche Grössen der Acini.

Das histologische Bild ist ganz typisch. Die Geschwulst hat eine richtige parenchymatös-adenomatöse Structur. Auf einmal sehen die Metastasen wie die Parenchym-inseln bei der Cirrhose aus. Erst bei der genaueren Betrachtung erkennt man an der Grösse der Zellen und starken Tingirbarkeit des Kerns die Geschwulst. Sonst ist sie ganz ähnlich beschaffen wie die hyperplastischen Knoten, indem sie aus mehr langgestreckten, oder netzartig communicirenden 2–3 reihigen Zellsträngen besteht, welche einerseits auf der Capillarwand sitzen, andererseits canalartige Gallenpigmenthaltige Lumen zwischen sich fassen. Man bemerkt ferner noch Riesenzellen, welche bald durch Confluenz, bald durch Ausbleiben der Zellteilung entstanden sind.

Besonders interessant war in diesem Fall der Eierbefund im Stroma der Geschwulst und überhaupt in der *Glisson*'schen Kapsel. Diese Emboblie der Eier von Schistosomum japonicum (*Yamagiwa*) war also die Ursache der interstitiellen Hepasitis (hüglige Erhabenheiten), welche

hier eine indirecte Ursache für die Entstehung des Adenocarcinoms abgab (Dr. *Kusama*). Genaueres findet man im Referat des Original Aufsatzes des Herrn Dr. *Kusama's* im II. Heft I Jahrganges.

Fall III. — Museumpräparat mit der Diagnose: Primärer Leberkrebs. —Man hat eine cirrhotische Leber mit einer feineren bis mittelgrossen Granulation vor sich, welche nur stellenweise grössere erhabene Felder zeigen. Auf der Schnittfläche sieht man verschieden-grosse Parenchyminseln durch Bindegewebskapsel von einander begrenzt. Allein, abgesehen von einer kleinen Partie auf der linken Seite des r. Lappens, wo man noch echtcirrhotisches dichtes Gewebe findet, haben die sonstigen Parenchyminseln, besonders diej. von der Mitte gegen den linken Rand des l. Lappens befindlichen grösseren Knoten alle einen schwammigen Bau. Portaläste sind fast überall mit Geschwulstmasse verstopft.

Mikroskopisches: Erst sieht man Parenchyminseln durch binde gewebige Septa getrennt. Diese Parenchyminseln von verschiedener Grösse und Gestalt bestehen aus Alveolen von rundlicher, ellipsoider, polygonaler oder langgestreckt-cylindrischer u. so verschiedener Gestalt und diese umgrenzenden Bluträumen mit den Blutkörperchen und kleiner Anzahl von Geschwülstzellen. In der Mitte der einzelnen Alveolen befinden sich einzelne oder viele stark dilatirte canaelchenartige Räume mit stark lichtbrechenden bräunlich-gelblich-röthlichen Schollen. Grosse polygonale Zellen, ohne bräunliche Farbennuance, aber mit starker Körnung um Rosetten (canälchenartige Räume) sind kurz-cylindrisch, oft gegen das Lumen mit Cuticularsaum versehen.

Stroma zwischen den Geschwulstknoten bildet entweder altes, hyalines Bindegewebe, oder neues lockeres atrophisches Lebergewebe einbettendes Gewebe mit Rundzelleninfiltration.

Keine Uebergangsbilder in der Grenzzone der Geschwulstknoten gegen das Lebergewebe sind herauszufinden. Indess die Leberzellen in den hyperplastischen Knoten, oder vereinzelt, sind stark hypertrophisch, zeigen oft atypische Mitosen.

Nach diesem Befunde zaehlt der Verf. auch diesen Fall wie der vorangehende zu der Gruppe: „Cancer avec cirrhose" Obwohl der Verf. nicht vermag unter dem Mikroskop gerade die Stellen anzuweisen, wo eben ein beginnender Zustand der Geschwulst sichtbar ist, so behauptet er auf folgende Thatsachen gestuetzt: nämlich, annuläre Cirrhose, knotige Hyperplasie mit den deutlichen Rosetten und dem

dilatirten Capillarnetz, junge Knoten mit derselben Structur wie die gleichzeitig vorhandenen hyperplastischen Knoten, wovon die ersteren (Geschwulst) zu unterscheiden hier schwer möglich ist, ferner scheinbare multicentrische Entstehung, dass „der vorliegende Fall sich um ein typisches parenchymatöses Lebercarcinom handelt, welches aus den hyperplastischen Knoten in der cirrhotischen Leber zuerst als einfaches Adenom multicentrisch entstand, bei weiterem Wachstum sich in Adenocarcinom umwandelte."

Fall IV. (II. Fall d. Herrn Dr. *Imamura's* im II. Heft I. Jahrganges) — 54 j. Frau. Klinische Diagnose: Lebercirrhose. Anatomische Diagnose: Primärer, parenchymatöser Leberkrebs, Milztumor, Ascites, allgem. Icterus, Nephritis chronica interstitialis, Pleuritis chronica adhäsiva duplex, Atelectase der beiden Lungen u. s. w.

23–12–9 cm. grosse Leber ist überall fast gleichmässig feingranulirt, dunkelgrünlich verfärbt. Dabei ist auffallend, dass sehr viele reiskornbohnengrosse Granula oder noch grössere halbkuglige graugelbliche weiche Knoten von den sonstigen grünen Körnchen sich stark abstechen. Auf der Schnittfläche sieht man, dass die Verästelung des Pfortadersystems durch eine fast vollständige Geschwulstthrombose mit grau-gelblicher Farbe und ganz weicher fein granulirter Beschaffenheit wie Korallenstock aussieht. Ausser den zahlreichen längs dem Portalzweige zerstreut oder confluirt befindlichen kleinen grau-gelblichen Knoten, welche man auch auf der Oberfläche sah, findet man nirgend einen circumscripten älteren und grösseren Geschwulstheerd, welcher als eine Hauptgeschwulst beansprochen werden könnte. Nur im rechten Lappen sind nahe an der Pforte einige grössere Knoten dicht gruppirt vorhanden, welche schon einen schwammigen Bau zeigen und mit dem r. Hauptast d. V. Portä fest verwachsen ist. V. portä ist bis in die Porta hepatis thrombosirt, sodass das Gefässlumen da gegen die Peripherie aneurysmatisch erweitert war.

Mikroskopisch sind constatirt: typischer parenchym.-adenomatöser Bau mit Gallenpigment in Rosetten, welche in d. Geschwulstthrombose der Portaläste besonders schön ausgebildet sind; diffuse Bindegewebszunahme (also nicht ganz rein annulär); leichter Grad der Zellenhypertrophie in der peripherischen Zone der Acini.

Nach diesem Befunde glaubt der Verf. das parenchymatöse Adenom von der wahrscheinlich irgendwo deutlich vorhandenen knotigen Hyper-

plasie bei der diffusen interstitiellen Hepatitis bei diesem Fall ableiten zu dürfen.

Fall V. — In der Generalversammlung von Tōkyo-med.-Gesellschaft im April 1908 vom Verf. demonstrirt. — 59 j. Mann. Klinische Diagnose: Primärer Leberkrebs. Keine Heredität, keine syphilitische Infection nachweisbar; d. P. trinkt nicht. Um November 1907 hat d. P. im Epigastrium zufällig eine harte Geschwulst bemerkt. Nach dieser Zeit traten ein: Spannung der Bauchwand, allmähliger Marasmus, Druckschmerz im rechten Hypochondrium, Anasarka an der unteren Extremitaet. Nach der Aufnahme in die innere Klinik des Herrn Prof. *Aoyama's* 3 mal punctirt. Jedesmal sei gelbgrünliche klare ascitische Flüssigkeit in d. Quantität von 3–4 Liter herausgeschöpft worden. 24/II. 1908 letal. Anatomische Diagnose: Primaerer Leberkrebs, dessen Metastasen in der Leber, beiden Lungen, Geschwulstthrombose der Portaläste, Ascites (6000,0 ccm) Gastro-enteritis cyanotica, allgemeine Stauung, Atrophia fusca cordis, Aortensklerose, Endocarditis sklerotica circumscripta valvularis aortica, Emphysema et ödema pulmonum, pleuritis chronica fibrosa, adhäsiva dextra u. s. w.

Der r. Lappen ist im allgemeinen vergrössert, Kapsel darüber auch verdickt, uneben. Auf der Oberfläche sieht man überall Unzahl von Reiskorn bis bohnengrosse grauweisslich-gelbliche halbkuglige Knötchen welche keine Delle zeigen. Auf der Schnittfläche nimmt die Hauptgeschwulst fast den ganzen rechten und einen Teil des l. Lappen's ein. Sie besteht aus vielen Taubeneigrossen Knoten. Diese sind gegen einander auch gegen das umgebende Parenchym durch bindegewebige Kapsel scharf begrenzt. Sie zeigen einen deutlichen Alveolarbau. Geschwulstparenchym ist durch fettige-,schleimige Degeneration, Nekrose, Erweichung stark zerfallen und poroes geworden. Makroskopisch sieht das Leberparenchym im Zustande von der braunen Atrophie mit Stauung.

Das mikroskopische Bild entspricht demjenigen vom parenchymatösen Leberkrebs. Wegen des Befundes, dass die Hauptgeschwulst von vielen gleichaltrigen Knoten zusammengesetzt ist, nimmt der Verf. das multicentrische Wachstum in diesem Fall an. Zu bemerken sei ferner, dass die jungen Knoten und die peripherische Zone der grösseren den typischen, parenchymatös-adenomatösen Bau zeigen, während die älteren Partien schon atypisches Bild zur Schau tragen. Gallenpigmente in Rosetten findet man nur in Geschwulstthromben.

Hier hat man also wieder einen Fall vom parenchymatösen Leberkrebs in einer nicht cirrhotischen Leber, welche nur eine gewisse Stauungsinduration hatte (Lungenemphysem, Herzfehlerzellen, Endocarditis valvularis aortica, Pleuritis chronica adhaesiva dextra). Man kann vielleicht auch hier eine vicarirende Hypertrophie und Hyperplasie in der äusseren Zone der Acini bei der Atrophie und dem Schwund der Leberzellen um V. centralis als die Matrix der Geschwulst annehmen.

Fall VI. — Museumpräparat mit der Diagnose: Parenchymatöser Leberkrebs, annuläre Lebercirrhose, knotige Hyperplasie.—

Der rechte Lappen ist kuglig gewölbt. Oberfläche beider Lappen ist überall fein bis grob granulirt. Nur am r. Lappen sind viele bohnen bis hühnereigrosse Knoten ohne Delle sichtbar. Dementsprechend sieht man auf der Schnittfläche, dass fast zwei drittel des r. Lappens in Geschwulst umgewandelt sind. Das Geschwulstparenchym ist schwammig, bunt gefärbt (Haemorrhagie, fettige Degeneration). Der r. Portalast ist durch diese Geschwulstmasse thrombosirt. Spärliche Anzahl von Metastasen im l. Lappen.

Einzelne Geschwulstknoten sind durch bindegewebige Kapsel von einander getrennt und setzen die Hauptgeschwulste zusammen. Geschwulst ist alveolär gebaut. Zumeist solide Zellstränge aus den grossen polyedrischen Zellen sind durch das Capillarnetz begrenzt. Bei genauerer Betrachtung findet man auch hie und da spärliche Rosetten. Hier nimmt man bei der cirrhotischen Bindegewebszunahme deutliche knotige Hyperplasien wahr, in welchen man typische und atypische Mitosen an den hypertrophischen, nicht mehr bräunliche Farbennuance der Leberzellen zeigenden Zellen beobachtet. Solcher Befund wird nicht häufig beobachtet und überzeugt uns von der Richtigkeit der Annahme, dass ein parenchymatöses Leberadenom und Adenocarcinom wirklich aus der knotigen Hyperplasie entstehen kann.

Fall VII. — Museumpräparat mit der Diagnose: Primärer Leberkrebs.—Hauptgeschwulst sitzt hier in der mittleren Partie des r. Lappens. Geschwulst-Thrombose in den Portalästen, Metastasen in beiden Lappen. Im ganzen ist der Tumor schwammig, nur in der alten centralen Zone schwielig derb, was beim parenchymatösen Leberkrebs ungewöhnlich ist. Sonst stimmt die Beschaffenheit des Tumors mit dem gewöhnlichen parenchymatösen Leberkrebs überein. Interessant war in diesem Fall

das Vorhandensein von der substitutionellen interstitiellen Bindegewebszunahme in Folge von Endophlebitis obliterans der venae hepaticae und ihrer peripherischen Aeste bei der hochgradigen Stenose d. V. cava inferior dicht oberhalb der Einmündung von 3 Lebervenen aus beiden Lappen in die letztere. Stauung, Degeneration, Nekrose und Schwund des Leberparenchyms im Centralteil der Acini haben hier auch vicarirende Hyperplasie der äusseren Zone der Acini verursacht. Der Fall zeigt uns also ein eklatantes Beispiel, dass die knotige Hyperplasie auch in der Leber mit der cyanotischen Induration einmal Matrix des Adenocarcinoms werden kann.

Fall VIII. — Museumpräparat mit der Diagnose: Primärer parenchymatöser Leberkrebs und Lebercirrhose. — Sowohl an der Ober-wie an der Schnittfläche der ganzen Leber sieht man Geschwulstknoten, welche jedoch im rechten Lappen besonders zahlreich vertreten sind und viele regressive Metamorphosen zeigen. Der histologische Bau entspricht der atypischen Form vom parenchymatösen Leberkrebs mit vielen atypischen irregulären Mitosen und Riesenzellen. Geschwulstzellen sind auffallend hell (fettige u. glykogene Degeneration) sowohl in dem primären Heerd (Leber), wie in Rippenmetastase, dabei keine Gallensekretion. Wegen der Ablagerung der Gallenpigmente liefert uns dieser Fall einen negativen Beweis für die nicht einfache Stauung der Galle in den Geschwulstzellen, indem die Geschwulstzellen hier fast nirgend Gallenfarbstoff enthalten, während die Leber sonst stark icterisch verfärbt ist. Von der Knochenresorbtion bei der Carcinommetastase bespricht der Verf. ausfuehrlich und glaubt, dass das Knochengewebe dabei metaplastisch erst in Bindegewebe, dann schleimiges Gewebe umwandelt, um zuletzt zu verschwinden (ausser der sogen. glatten Erosion). So hat man bei diesem Fall Kalkmetastasen in Geschwulstzellen der Leber beobachtet. Endlich seien noch zwei Punkte hervorgehoben: Erstens die Geschwulst hat hier in diesem Fall manchmal ein angiosarcomatöses Bild geliefert, indem zu starkes Wachstum der Parenchymzellen eher Capillargefässe mantelartig dick umgeben, als die Zellenzüge von dem Capillarnetz umgrenzt werden (wie gewöhnlich). Zweitens: Wie es auch schon im vorangehenden Fall (VII) teilweise und im leichten Grade gesehen wurde, so ist es hier sehr auffallend, dass die Geschwulst geneigt ist, bald längs und zwischen dem Capillarnetz und Geschwulstzellenstrang Bindegewebsfaser zu erzeugen, sodass in der älteren Partie nur zwei

Reihen von Endothelzellen erst die Spur von Capillarstroma zwischen den Zellensträngen andeuten. Ja jene Dellenbildung an einigen Knoten an der Oberfläche der Leber in diesem Fall rührt von dieser Natur der Bindegewebsbildung her. In den jungen Knötchen begegnet man jedoch auch ganz typische parenchymatös-adenomatöse Structur.

Fall IX.—(Der I Fall d. Herrn Dr. *Inamura*'s—im II Heft I. Jahrganges)—.53 j. Mann aus der inneren med. Klinik des Herrn Prof. *Aoyama*'s, mit der klinischen Diagnose: Leberkrebs (?). Im 21 L. j. ist d. P. syphilitisch inficirt; er trinkt mässig. Im December 1905 hatte er einen colikartigen Schmerz in der Lebergegend zu beklagen,—kein Schüttelfrost und kein Icterus dabei.—Im Juli d. J. (1906) habe d. P. einen faustgrossen Tumor im Epigastrium hindurchgefühlt, welcher seit der Zeit sich merklich vergrösserte. Bei der Aufnahme am 27ten August sind gefunden: Leichter Grad von Icterus, ein ca. manneskopfgrosser Tumor mit der uneben höckerigen Oberfläche und von derber Consistenz im Epigastrium, welcher sich in die Leber übergeht, drei dilatirte, stark verschlängelte Venen an der Bauchwand. 28/VIII: letal. Anatomische Diagnose: Primärer Leberkrebs, dessen Metastasen in der Leber selbst, den Portal—u. Retroperitonealdrüsen, Dissemination am *Douglas*'schen Raum, Icterus universalis, Geschwulstthrombose und Ruptur der Vena portae, acutes Magen-darmcatarrh, fettige Degeneration der Niere.

Die Leber ist 29: 22: 11 cm gross. Besonders der linke Lappen und die linke Hälfte des r. sind intoto in eine Geschwulstmasse verwandelt, welche mit einer glatten u. ebenen Kapsel versehen ist. Die Oberfläche der Geschwulst und der Leber ist im allgemeinen dunkelröthlich. In der Nähe dieser Geschwulst ist das Lebergewebe dicht von den miliar—Daumenkopfgrossen gelblichweisslichen, weichen Knoten durchsetzt, welche perlschnurartig mit einander in Verbindung stehen (Thrombose), aber in der r. Hälfte d. r. Lappens weit spärlicher sind. Hauptgeschwulst, welche den ganzen l. Lappen und die l. Hälfte d. r. einnimmt, ist scharf gegen das Lebergewebe begrenzt, und sie besteht aus dem schwammigen leicht zerfallenden, weisslichgelblichgetrübten Parenchym und dieses in Felder teilenden Septen. Man trifft überall haemorrhagische,-nekrotische und degenerative Heerde. Bräunlich röthliches Lebergewebe zeigt mehr oder weniger Verdickung der *Glisson*'schen-Kapsel, Kleinheit der Acini. Unter dem Mikroskop hat es sich erwiesen,

dass der Centralteil der Acini bei der starken Füllung und Stauung der Centralvene und Capillarräume besonders Atrophie und Degeneration der Leberzellen, dagegen die äussere Zone zwei-dreifach so vergrösserte, oft mehrkernige Leberzellen zeigt. Die Geschwulst selbst hat eine atypische Structur des parenchymatösen Lebercarcinoms. Zellstränge aus irregulären, polymorphen Zellen sind meistens solid. Ausser in den jungen Geschwulstthromben sieht man fast keine Rosetten. Das rapide Wachstum der Geschwulstzellen macht es, dass das Capillarnetz auch hier manchmal vom Zellenmantel umgeben wird und somit angiosarkomatöses Bild darbietet. Schliesslich Metastasen in Portal- u. Retroperitonealdrüsen, Dissemination am *Douglas*'schen Raum geben ein weiteres Zeugniss für die Bösartigkeit des Falls ab. Betreffs der Genese wagt der Verf. in diesem Fall nichts zu sagen. (Dem Referenten scheint jedoch auch hier jene vicarisatorische Hypertrophie der Leberzellen in der Peripherie der Acini bei der Atrophie und Degeneration im Centralteil der letzteren in einer braunatrophischen Leber eine grosse Bedeutung zu haben.)

Fall X.—(Fall des Herrn Dr. *M. Nagayo*'s im I. Heft I. Jahrganges). 24 j. Mann aus der inneren Klinik des Herrn Prof. *Irisawa*'s, mit der klinischen Diagnose: Leberkrebs. Keine Heredität nachweisbar. D. P. sei niemals an einer venerischen Krankheit gelitten, kein Trinker. Im November 1904 habe er einmal einen heftigen Bauchschmerz empfunden. Seit Januar 1905 soll er eine kleine Geschwulst im rechten Hypochondrium hindurchgefühlt haben, welche sich allmählig vergrösserte und ab und zu schmerzhaft wurde. Bei der Aufnahme in die Klinik ist noch kein Icterus, auch keine Anasarca constatirt. Nach einer Probelaparatomie ist der P. unter der Diagnose: Gallenblasenkrebs behandelt. Seit Juli d. J. (1905) wächst der Tumor weiter, Bauchvene dilatiren, auch Fieber und Erbrechen traten hinzu. Jedoch war der Ascites ganz geringfügig. Im November erst hat man icterische Verfärbung bemerkt. 31/XII: letal.

Anatomische Diagnose: Primärer, parenchymatöser Leberkrebs dessen Metastasen in der Leber, Geschwulstthrombose der Pfortaderaeste, allgem. Icterus, Ascites (1000,0 ccm), Milztumor, Perihepatitis fibrinosa, adhaesiva et haemorrhagica, Dilatatio ventriculi cordis sinistra.

Leber ist sehr vergrössert (31–24–34 cm). und 10000,0 grm schwer.

Hauptgeschwulst nimmt fast den ganzen rechten Lappen ein, sodass die Höhe des letzteren fast 5 fach so gross geworden ist wie gewöhnlich. Gallenblase mit der intacten Mucosa und einem schleimigen Inhalt liegt an der Unterfläche der Leber in der Geschwülstmasse eingebettet. Ebenso ist keine auffallende Veränderung an den grossen Gallengängen wahrnehmbar. Auf der Schnittfläche sieht die centrale Partie der Hauptgeschwulst schwammig und bunkt gefärbt aus, ist reich am faserigen Interstitium, während die peripherische Zone einen deutlichen alveolären Bau zeigt. Das Parenchym ist zerreisslich, grau-gelblich, besonders in der alten Zone sieht man Erweichung, Degenerationen und Haemorrhagie. Der linke Lappen mit wenigen kleinen metastatischen Knoten zeigt keine bemerkenswerthe Zunahme des interstitiellen Bindegewebs. Die Structur der Hauptgeschwulst und ihrer Metastasen ist im allgemeinen äusserst atypisch. Geschwulstzellengruppen bilden hier meist polygonale oder polymorphe solide Alveolen, nicht strangartig gestreckt oder netzartig communicirend. Die Zellen sind klein, intensivgefärbt, nur diej. auf der Wand der Alveolen sitzenden sind cylindrisch und regelmässig angereiht. Wenn dabei die Capillarwand dick ist, und von dem Zellmankel umgeben wird, so hat es gewiss eine grosse Aehnlichkeit mit dem Bilde von Angiosarcoma. Allein es gibt auch viele Alveolen aus den hellen Leberzellähnlichen grossen Geschwulstzellen, und auch Rosetten bildende junge intensivgefärbte kleine Geschwülstzellen, schliesslich Uebergänge beider Arten von solchen alten und jungen Geschwulstzellen, auch viele Alveolen regelrecht mit Capillarnetz umsponnen, wodurch man erst sich davon überzeugen kann, dass dieser Fall auch dem parenchymatösen Leberkrebs angehört. Ferner sei hier bemerkt, dass die Neigung der Geschwulst in diesem Fall, ganz abweichend von den meisten Fällen, bald Bindegewebe längst der Capillarwand zu erzeugen, ziemlich stark ist. Die Bindegewebsbildung geschieht einmal in der älteren Partie (wohl als Ersatz des untergegangenen Parenchyms u. Stromas), andermal in der Peripherie der Geschwulstknoten von Seiten des Stromas, welches vielfach Rundzelleninfiltration zeigt. Die letztere Art der Bindegewebsneubildung fasst der Verf. mit Recht als Folge der Gewebsreaction gegen das eindringende Tumorgewebe auf. Bei diesem Fall nun verzichtet der Verf. ganz bescheiden auf die Vermuthung der Genese, indem man hier davon zu sprechen fast

keinen Anhaltspunkt hat. Der Process ist schon zu weit vorgeschritten. (Referent kann sich vielleicht erlauben wegen des Fehlens von Cirrhose, knotiger Hyperplasie einerseits, und bei dem stark desmoplastischen Charakter und der circumscripten Natur dieses Falls andererseits irgend einen kleinen circumscripten entzündlichen Heerd, woran sich hyperplastischer Zustand der Leberzellen anschloss, im Centralteil der Hauptgeschwulst anzunehmen.

Fall XI.—Museumpräparat mit der Diagnose: Primärer Leberkrebs (aus der Klinik des Herrn Prof. *Baelz*.—1901—mit der klinischen Diagnose: Primäre Lebergeschwulst. Anatomische Diagnose: Primärer Leberkrebs, dessen Metastasen in d. Leber, den Mediastinal—, Mesenterial—, Retroperitonealdrüsen, X u. XI Rippen und der Lunge, und Dissemination am *Douglas*'schen Raum, Geschwulstthrombose d. V. portae; haemorrhagischer Ascites, leichtgradige Hydrothorax; Milztumor; Icterus; allgem. Anaemie; circumscripte, fibröse, adhaesive Pleuritis, submucöse Blutungen des Darmes; beiders. Cystenniere).

Die Leber ist 25–15–10 cm gross und 1840,0 grm schwer, von derber Consistenz und gehört einer 59 jährigen maennlichen Leiche. Der r. Lappen von einer deutlich cirrhotischen Leber ist fast ganz von einer kindskopfgrossen Geschwulst eingenommen, beherbergt im übrigbleibenden Parenchym einige hühnereigrosse und viele kleinere Metastasen. Scharfabgegrenzte knotige Heerde bestehen aus Geschwulstzellensträngen, welche mit einander communicirend durch das Capillarnetz von einander getrennt sind. Polyedrische Geschwulstzellen sind 2–3 fach so gross wie die Leberzellen. Man sieht auch Riesenzellen. Neubildung der Capillargefässe entspricht nicht dem rapiden Wachstum der Geschwulstzellen, was besonders starke Nekrose und Degeneration bei diesem Fall leicht erklärlich macht. In den aelteren Heerden bemerkt man das Eindringen feiner Bindegewebszüge längs dem Capillargefässe zwischen dem Parenchym und dem letzteren. Eine Gallensekretion ist weder im Primärheerd, noch in den Metastasen beobachtet. Metastatische Heerde in der Lunge zeigen keine dem parenchymatösen Leberkrebs charakteristische Structur, indem die Geschwulstzellen in den Alveolen und den Bronchiolen wachsen, während solche der Lymphdrüsen wie die Hauptgeschwulst gleichgebaut sind. Cirrhotische Leber hat den Verf. zahlreiche knotige Hyperplasien mit Rosetten wahrnehmen lassen. Der

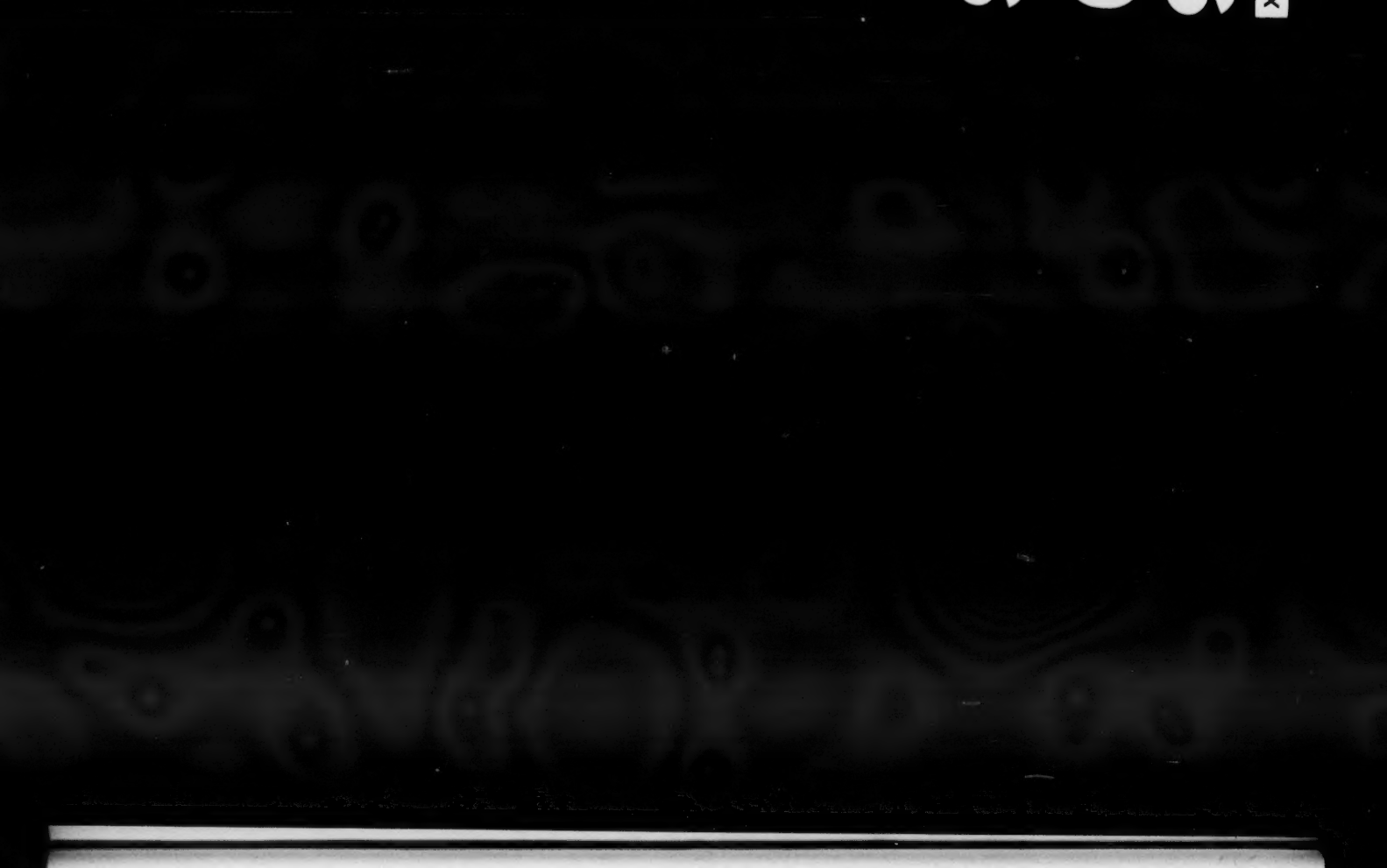
Verf. konnte zwar keine Uebergangsbilder zwischen diesen Hyperplasien und Geschwulstzellen constatiren, er ist jedoch der Meinung, dass die hyperplastischen Knoten auch hier eine unleugbare Matrix für die später eingetretene Geschwulstbildung gewesen sein muss.

In diesem Fall ausnahmsweise schnell eingetretene Metastasen in vielen Lymphdrüsen, den Rippen und der Lunge, was gewiss beim parenchymatösen Leberkrebs selten ist, erklärt der Verf. teils durch die Verwachsung mit dem Zwerchfell, teils durch atypische Hyperplasien der Leberzellen in den hyperplastischen Knoten.

Fall XII.—Museumpräparat mit der Diagnose: Primärer, parenchymatöser Leberkrebs mit Lebercirrhose. Der Fall gehört auch derjenigen Kategorie des parenchymatösen Leberkrebses, wie der vorangehende Fall, welcher sich in einer cirrhotischen Leber mit knotigen Hyperplasien entwickelt hat. Die Hauptgeschwulst hat fast den ganzen rechten Lappen eingenommen. Sie besitzt eine atypische Structur vom parenchymatösen Leberkrebs. An einigen wenigen Stellen nur findet man typischgebaute Heerde, Rosetten mit Gallenpigment. Auffallend ist in diesem Fall, dass das Capillarnetz alsbald mit dem Wachstum des Tumors durch das neubildende Bindegewebe comprimirt wird, sodass man im älteren Heerde einzelne Geschwulstzellstränge begrenzendes Stroma aus dem Bindegewebe bestehen sieht, welches in der mitte fast lumenlose Capillarbahn einschliesst.

Der interstitielle Entzündungsprocess setzt sich hier weiter fort. Knotige Hyperplasien sind dabei überall ziemlich stark ausgebildet. Der Verf. konnte jedoch auch in diesem Fall keine Uebergangsbilder zwischen der Geschwulst und knotigen Hyperplasien constatiren. Allein der Verf. ist fest davon überzeugt, dass die letzteren auch hier die Matrix für die Entstehung der Geschwulst gegeben haben.—(Fortsetzung folgt im I. Heft des III. Jahrganges).

(*K. Yamagiwa.*)



癌　第二年第三冊目次

◎原著

○卵巢惡性混合腫瘍ノ一例（第一圖板第一—第二）……東京醫科大學病理學教室助手　醫學士　中村　舒……六七一

○毛嚢上皮腫ノ一例ニ就テ（第二—第三圖板）……東京醫科大學病理學教室志願助手　今村隼稻……七一〇

○擴張食道壁ニ發生セル癌腫ノ一例ニ就テ（第四—第五圖板）……故日本赤十字社病院長宮中顧問官　醫學博士　子爵　橋本綱常……七四五

○雌犬乳癌ノ一例……東京醫科大學病理學教室志願助手　今村隼稻……七二七

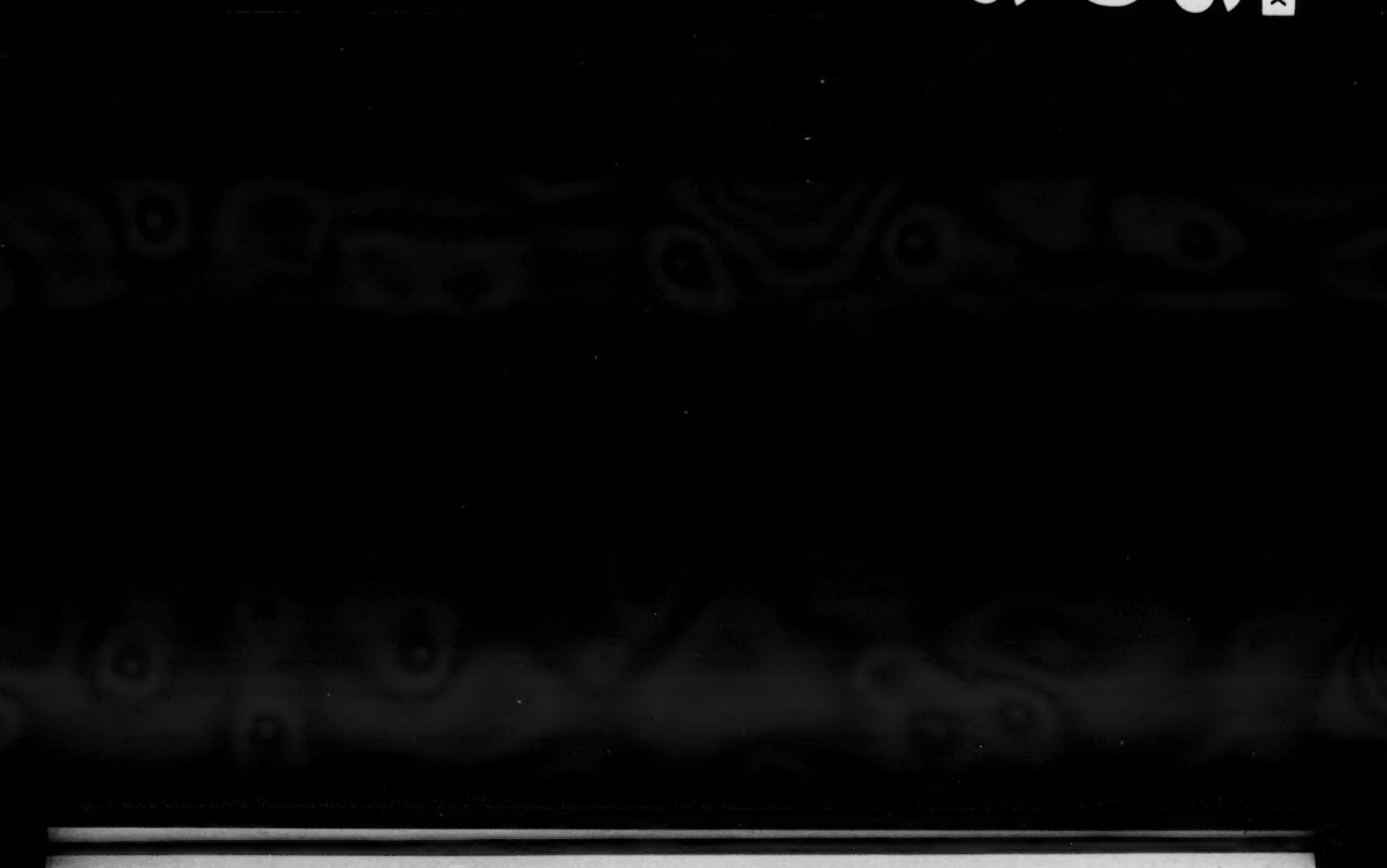
○食道癌ノ病理解剖學及ビ組織學幷ニ臨床上ノ統計的研究（畧圖十三個）……京都醫科大學病理學研究室　醫學士　渡邊喜三……八〇四

○陰莖癌ニ就テ……東京醫科大學病理學教室志願助手　須藤義一……八八二

○原發性肝癌ニ就テ……東京醫科大學病理學教室助手　醫學士　貴家學而……九〇六

◎癌研究會々報

○理事會記事……一〇九五



○クロムベッル皮膚及唾腺混合腫瘍ニ於ケル表皮ト結締織トノ關係幷ニ肉腫樣癌腫ノ發生……一一二三
○ロンドン帝國癌研究基金ニヨル研究ノ第三回學術報告
○マレー癌腫ノ動物學上ノ分布……一一二四
○ギアーキー甘口鼠ノ出血性乳腺腫瘍及ビ移植ニ對スル感受性幷ニ抵抗性研究ノ結果……一一二七
○マレー移植シ得ベキ甘口鼠ノ表皮癌ノ一例……一一三〇
○ハーランド試驗的要約ノ下ニ肉腫發生研究ノ增補……一一三一

●歐文抄譯

○原著獨逸文抄譯……醫學博士　山極勝三郎……九一

○會員異動……一〇八〇
○會員名簿……一〇八一
○國際癌研究會創立會議記事……一〇八三

◉抄　錄

○ウ(非)ルヘルム、シュメール、肉眼的ニ鬼胎ノ狀アル血管內轉移ヲ有セル一睾丸畸形腫ニ就テ……一一〇九
○クニーリム胃癌ニ繼發シ黑內障及耳聾ヲ隨伴セル廣汎性腦膜癌腫症ニ就テ……一一一〇
○ザルチコウ炎症ニ因スル輸尿道上皮ノ變化……一一一一
○ドナート、クルト食道肉腫性腫瘍知見增補……一一一二
○ロェニング氏腎臟ニ於ケル副腎性腫瘍ノ肉腫樣變形ノ一例ニ就テ……一一一四
○フォン、チーゼンハウゼン胎生組織ノ移植ニ關スル問題……一一一五
○ショエネ、犬ノ甲狀腺ニ肉腫癌腫ノ併發セル一例……一一一七
○ウェー、ハーベルフェルド胃癌胆管及ビ氣管枝癌ノ統計ト原因……一一一八
○エル、ゴルドシュミット原發性表皮癌ノ皮膚ニ於ケル水泡形成連續性轉移ノ一例ニ就キテ……一一一九
○ヘルクスハイメル肉腫樣癌腫ノ食道ニ來リシ腫瘍ノ一例……一一二一
○クロムペッペル皮膚唾腺及粘液腺混合腫瘍ノ發生及形態……一一二二

癌　第二年　第三册　（明治四十二年一月發行）

原著

中——

○卵巢惡性混合腫瘍ノ一例 (Ein Fall von Mischgeschwulst des Ovariums)—(第一圖板第一—第二)

東京病理學教室助手醫學士　中村舒

——村

卵巢ガ腫瘍ニ富ムハ人ノ皆知ル所ナリト雖モ癌腫及肉腫ノ如キ惡性腫瘍ノ混合或ハ其ノ合併例殊ニ混合腫瘍トシテノ所謂肉腫性癌腫ノ造構ヲ呈スルモノニ至リテハ史乘載スル所甚ダ稀ニシテ余ノ寡聞ナル僅カニ其ノ六例ヲ知ルニ過ギズ即トロファチ氏ハ Carcinom u. Schleimzellensarcom d. Ovariums ノ一例ヲエフクルーケンベルヒ氏ハ Fibrosarcoma mucocellulare carcinomatodes ovarii ナル一例ヲ報告シフォンハンゼマン氏ハ papillares Cylinderzellencarcinoma mit sarcomatösem Stroma ナル一例及

第三年第一册原稿ハ

明治四十二年六月卅日ノ切

○病歴(青山内科ヨリ借用シタル病歴中ノ大要ヲ記ス)

患者梅田某三十三歳

○祖父母、父母及兄弟ニ就テハ更ニ不明

○患者幼少ヨリ虚弱五歳ノ時輕キ天然痘ヲ患ヒタレ𪜈未ダ麻疹ヲ經過セズ十六歳月花初潮、十四五歳ノ時寒氣ニ曝サレシ後子宮病ヲ起シ下腹部及腰部ノ疼痛ヲ覺エシコトアリ、三十一歳ノ時烈シキ下腹部及腰部ノ疼痛ヲ感ジ五ケ月間就床セリト、黴毒及淋疾ヲ否認スレ𪜈二十三歳ニシテ淋疾ヲ有スル男子ト結婚シ未ダ一子ヲ擧ゲズト。

○發病四十年一月中旬ヨリ下腹部緊張ノ感ヲ覺エ二月十一日以降下腹膨隆シ食後胃部ニ膨滿ノ感ヲ起シタレ𪜈疼痛及發熱ハ之ヲ缺ク、腹部ノ膨滿緊張益々增進セリ。

○主訴、腹部ノ膨脹、側腹及肩ノ緊張。

○四十年三月十二日入院當時ノ現在症、羸瘦セル菲弱ノ骨格ヲ有スル婦人、皮膚蒼白乾燥シ皮下脂肪織及筋肉ノ發育不良、顏貌異常ナク眼球結膜蒼白、舌ハ輕度ノ帶黃灰白色ノ苔ヲ有ス橈骨動脈硬變ナク脈搏遲徐、下肢ニ輕度ノ浮腫ヲ認ム、頭部異常ナシ、頸部リンゼン大ノ淋巴腺、胸鎖乳頭筋ニ沿フテ連ルヲ認ム、胸部變形ヲ認メズ心臟ノ境界通常心音正、肺左右變化ヲ認メズ。腹部球狀ニ強ク緊張膨脹シ中央部ニ二三ノ輕度ノ靜脈開張ヲ認ム背位ヲ取ラズンバ下位ニ在ル部位ハ全ク濁音ヲ呈シ波動明カニシテ明カニ位置ニ從フテ動搖ス依テ穿刺ヲナシ六千五百瓦ノ出血性液ヲ漏シ檢スルニ腹膜多少肥厚シ右側直腹筋緊張シ、肝及脾ハ觸ルヽヿ能ハザレ𪜈恥骨縫際ノ上部ニ鶩卵大塊塊狀彈力性硬靱ノ腫瘍ヲ觸ル殆ンド不動ニシテ子宮ト關係アルモノヽ如シ。穿刺液ハ出血性ニシテ比重一〇二一、蛋白質ノ含量二、五%鏡檢スルニ多數ノ赤血球、脂肪變性ニ陷

他二例ヲ公ニシリップマン氏ハ Carcinoma sarcomatodes mit gemischter und reiner Sarcom-metastase ナル一例ヲ報道セリ而メ其ノ中轉移ニ就テ記載セルハ僅カニフォン、ハンゼマン氏ノ一例及リップマン氏ノ例ニシテハンゼマン氏ノ例ニ於テハ腹膜ニ純肉腫性轉移アリリップマン氏ノ例ハ胃、副腎、腎、肝、肋骨ニハ純紡綞狀細胞肉腫ノ轉移アリ、肺、心囊ニハ肉腫癌腫ノ混在性轉移アリ何處ニモ純癌腫性轉移ヲ見ズト然レモ氏ノ例ニ於テハ卵巢ニ在リシ本腫瘍ハ十年半前ニ摘出セラレ檢査スルヲ得ザリシガ他ニ原發腫瘍ト認ム可キモノ無ク且ツ轉移ノ性狀ヨリ恐ラク卵巢ニ肉腫性癌腫ノ存在セシモノナラント斷定セルナリ。

明治四拾一年一月十八日癌腫變性ヲナセル卵巢囊腫ノ診斷ノ下ニ青山內科ヨリ廻送シ來タリシ一屍體ヲ解剖シタルニ左側卵巢部位ニ人頭大ノ實性腫瘍アリ、腹膜、橫隔膜、肝ニ種々ノ形狀ヲ爲セル轉移アリ後腹膜及腸間膜淋巴腺腫脹セルヲ發見シ組織的研索ノ結果該腫瘍ハ稀有ナル二惡性腫瘍(癌腫、肉腫)ノ混合—合併腫瘍ニシテ而カモ癌腫肉腫兩種ノ轉移ヲ有スルモノナルヿヲ確メ得タルガ故ニ茲ニ之レヲ報告セントス。

○實驗例

○剖檢記事(四拾一年一月十八日午後一時解剖死後凡ソ八時間)—腫瘍ノ記載ヲ補ヒ他部ハ成ル可ク省略シタリ。

梅田某女三十三歳、體格纖弱羸痩セル女性屍、死後強直到ル處ニ強ク屍斑ハ僅カニ體ノ下垂部ニ於テ之ヲ認ム、皮膚蒼白乾燥輕度ノ浮腫ヲ呈シ殊ニ左下肢ニ著シ、腹部ハ強ク膨滿シ波動明カナリ腹壁ヲ通ジテ下腹部ニ人頭大ノ塊狀硬靭ノ腫瘍塊ヲ觸ル前腹壁ニ多數ノ穿刺瘢痕ヲ認ム、皮下脂肪織及筋肉萎縮シ貧血ス

腹腔ヲ開クニ中ニ略四千五百立方仙迷ノ出血液ヲ藏ス、腹膜體壁板肥厚シ白色ヲ呈シ多クノ種々ノ大サノ轉移性小結節ヲ認ム而シテ下部ハ腫瘍ト癒着ス、大網膜ハ充血シ靜脈ハ開張シ腫瘍ト癒着シ其ノ上ニ多數ノ種々ノ大サノ一部囊胞狀變性ヲナセル轉移結節ヲ有ス、腸漿液膜上ニ多數ノ絨毛樣物質ノ附着スルヲ認ムS字狀部ハ腫瘍塊ノ爲メニ中線ヲ超ヘテ右方ニ壓迫セラル。

肝ハ纖維性索ニヨリテ腹壁及橫隔膜ノ下面ト癒着シ表面ニ蠶豆大ノ轉移結節及撒種小結節ヲ認ム、脾硬クシテ小周圍ト強ク癒着ス、橫隔下面ニモ二三ノ豌豆大ノ結節及僅カノ小ナル絨毛狀物體アリ其ノ高サ右第四肋骨左第四肋間腔ニ相當ス、右肋膜腔內少量ノ黃色透明ノ液ヲ容ル、左肺ハ全部右肺ハ上方一部胸壁ト癒着ス心囊液少シク增量シ透明其ノ內面滑澤ナリ

レル白血球及多數ノ單核淋巴球、アメーバ狀細胞ヲ認ム。

膝蓋腱及アヒレス腱反射弱ク、腹壁及足蹠反射存在ス、知覺異常ナシ。尿比重高ク一〇二八少シク渾濁シ酸性ナリ蛋白質及糖分ナシ、「ザアツト」反應著明、主トシテ單核ノ多數ノ白血球ヲ認ムレ𪜈圓柱體ヲ見ズ、糞便、汚穢帶褐黃色半バ液狀ニシテ少數ノ蟯蟲卵及鞭蟲卵ヲ證ス。

○經過、三月十六日婦人科ニ送リ木下博士ノ診斷ヲ受ケタルニ恥骨縫際ニ在ル腫瘍ハ卵巢ノ乳嘴性囊腫ナラント。

入院後腹水漸溜シ苦痛甚ダシキガ故ニ大概毎四日目ニ穿刺シ毎回七千乃至三千二百瓦ノ出血性液ヲ漏セリ比重漸次下リ一〇二五—一〇一〇、蛋白質ノ含量モ之レニ相當シ二·二五—一·〇—〇、七%ノ間ヲ動搖セリ腹部疼痛ハ漸々增進シ四月廿一日頃ニ至リテハ「モルヒン」注射ニ依リテ一時苦痛ヲ去ルニ至レリ七月七日治癒セズシテ退院セリ穿刺二十九回、九月廿二日再ビ入院其間モ毎四日ニ穿刺セリト穿刺液以前ト大差ナク腫瘍細胞ヲ發見セズ腫瘍ハ增大シタレ𪜈他ニ轉移ヲ見出サズ只患者ハ放尿時尿道ノ疼痛ヲ訴フ、十月五日頭部背部ニ壓痛ヲ訴ヘ、左側鼠蹊腺鳩卵大ニ腫脹シ疼痛アリ腫瘍ハ益生長ス、十月廿六日內診セルニ膣ノ前壁ニ鷲卵大ノ平滑彈力性軟ノ烈シキ壓痛アル腫瘍塊ヲ觸ル子宮ハ爲メニ强ク後屈ス、肛門ヨリ指ヲ挿入シテ檢セルニ二ツノ平滑圓形ノ塊ヲ觸ル一ツハ子宮體ニシテ一ハ腫瘍塊ノ如シ。

近來衰弱甚ダシク時々人事不省ニ陷ル、十二月十日頃ヨリ左側鼠蹊部ヨリ左下肢ニ放散スル持續性ノ劇痛アリ爲メニ左足ハ全ク伸展シ能ハズ浮腫ヲ呈ス左側鼠蹊部ニ二條ノ小指大ノ硬キ索條ヲ觸ル十二月廿日左側第七肋間腔ニ試驗穿刺ヲナシ黃色透明ノ液ヲ得タリ十二月廿五日尿中ニ〇·三%ノ蛋白質ヲ證シ圓柱體ヲ認ム。

四十一年一月七日衰弱ノ爲メニ易簀ス。

中心ニ鳩卵大ノ限局セル灰白色髄様軟ノ轉移結節アリ割面ニ於テモ左葉ノ小葉ハ殊ニ萎縮ス、胆囊粘膜上ニモ豌豆大ノ轉移アリ。

左側股靜脈鉛筆大ニ擴張シ硬ク混合血栓ヲ以テ閉塞セラル膵粘膜平滑、子宮小殆ンド腫瘍塊中ニ取リ圍マル、筋層及粘膜貧血ス。

膵硬ク割面貧血ス。

膵、粘膜貧血シ浮腫ヲ呈ス。

腸間膜淋巴腺及後腹膜淋巴腺蠶豆大ニ腫脹シ硬ク割面ハ顆粒狀ナリ。

○腫瘍ノ肉眼的所見

腫瘍ハ超人頭大ニシテ長徑二十仙迷横徑十六仙迷高徑十仙迷殆ンド下腹ヲ滿タシ少シク左側ニ片寄リテ存在ス、硬度軟ニシテ假波動ヲ呈ス前面ヲ見レバ大體ニ於テ前後ヨリ壓迫セラレ扁平トナレル球狀ニシテ周緣部殊ニ左右上三方ハ比較的平滑ナル表面ヲ有シ薄キ被膜ヲ以テ掩ハル其ノ色帶紅黄色ナリ周圍トハ平滑ナル表面ヲ以テ境セラル、下方ハ膀胱壁ト固ク纖維性ニ癒着ス、前面中央部ニ大網膜癒着シテ之レヲ掩フ之レヲ剝離シテ檢スルニ中央ヨリ下部ニハ多數ノ蠶豆大乃至拇指頭大ノ低球狀ノ膨隆ヲ認ム、之レニ截割ヲ加ヘテ視ルニ多クハ薄キ被膜ヲ以テ境サル、腔ニシテ中ニ同質性豚脂樣物質ヲ容ル、アリ、絨毛狀物質ヲ藏

——卵巢惡性混合腫瘍ノ一例——

心、屍掌ヨリ小、硬度減退シ右心ハ明カニ擴張ス、心外膜平滑脂肪纖減少、兩心室中少量ノ豚脂樣凝血チ容ル兩心室壁薄ク筋肉實血褐色ナリ、心內膜及瓣膜裝置異常ナシ、大動脈內膜ハ僅カノ脂肪變性及硬變性病變チ呈ス。

左肺、表面到ル處癒着膜チ以テ掩ハル硬度軟割面チ見ルニ實血シ浮腫チ呈ス下葉ハ輕度ノ血液沈降ノ像チ呈ス、何處ニモ限局セル病竈ナシ、氣管枝粘膜異常ナシ。

右肺ハ氣腫チ呈シ表面ニ多數ノ小出血アリ割面實血シ少シク浮腫チ呈シ限局竈ナシ。

脾、七、五、三、一八仙迷、被膜所々肥厚シ纖維性絮片チ附ス、割面ハ實血シ濾胞認メ得ベク脾實硬ク脾材著明ナリ

門靜脈ハ更ニ狹窄チ示サズ。

胃、帶黃褐色粘液樣物質チ容ル粘膜溷濁シ粘稠ノ粘液チ以テ掩ハル、胃周圍ノ淋巴腺腫脹シ硬ク割面ハ灰白色髓樣ナリ。

膀胱粘膜少シク充血ス。

右側輸尿管鉛筆大ニ擴張シ其粘膜强ク充血ス、中央部骨盤入口部ニ近キ所ニ於テ瘢痕ニヨリ狹窄セラル上部ニ鷄豆大不正ノ形狀チ有スル結石チ藏ス。

右腎、上端ハ浸潤セル腫瘍ノ爲メニ堅ク癒着ス大サ一二、四、五、二、仙迷硬度硬被膜ハ容易ク剝離シ得外面及割面實血ニ腎被實腫脹セズ境界層僅カニ帶黃白色ニ溷濁ス、腎盂中ニ二三ノ結石チ有ス、腎盂少シク廣ク粘膜ニ小點狀ノ出血チ認ム。

右腎、九四、五三、仙迷凡テノ性狀右側ニ同シ。

肝、一六、一二、五、七、仙迷形小ナレ𪜈邊緣圓ク左葉比較的小ナリ、被膜處々纖維性ニ肥厚シ處々ニ豌豆大ノ結節アリ、割面實血シ瀰蔓性脂肪浸潤チ呈ス、小葉ノ中心鬱血シ所謂肉豆蔻肝ノ像ナリ、右葉ノ

卵大ノ嚢狀物アリ其ノ内容ハ出血性ナリ被膜ハ灰白白色纖維性ニシテ硬靱厚サ三密迷ニ達ス内面ハ一般ニ滑澤ナレモ唯下方ニ於テ僅カノ絨毛狀物體ヲ附着ス下端部ノ被膜肥厚シ豌豆狀扁平ノ塊トナル本腫瘍ハ此ノ嚢狀物左上方ニアリテ明カニ被膜ヲ以テ界セラル

腫瘍塊ニ大前額斷ヲ施コシテ精細ニ檢査スルニ其中央及右上方ノ大部分ハ帶黄赤色ニシテ凝固セル纖維素ヲ見ルガ如ク海綿狀ニシテ脆弱ナリ其中ニ暗赤色或ハ暗青色ニ染色スル竈及赤色ニ染色スル斑點アリ上右緣被膜直下ノ狹キ帶ハ灰白色餘色ヲ帶ビ水々シ半透明ニシテ粘液變性ニ陷レルモノヽ如シ腫瘍ノ下部子宮ニ接近セル手掌大ノ部分ハ灰白白色纖維性隔壁ニ依リテ拇指頭大ニ至ル種々ノ大サノ幾多ノ分野ニ區劃セラル其ノ中ニ帶黄白色所々暗赤色ノ線又ハ點ヲ有スル顆粒狀物質ヲ以テ滿タサル之レヲ精視スルニ絨毛狀物質ノ密ニ充滿スルコヲ知ル腫瘍ノ左緣ニ於テ巾三仙迷長サ七乃至八仙迷ノ部分ハ又其觀ヲ異ニシ右上緣ノ如ク灰白白色同質性ニシテ軟髓樣ナリ中心ニ近ツケバ多數ノ血色ニ染マル點アリ前記左緣ニ膨隆セル鷄卵大ノ結節ト其ノ像一致シ連續的ニ移行ス即チ被膜ヲ破リテ生長セルモノヽ如シ

スルアリ或ハ全ク充滿シ殆ンド實性ノ灰白白色ノ少シク黃色ヲ帶ブルザクセル物質ヨリナルモノアリ或ハ被膜破レ絨毛狀物質表面ニ表レ剪綵狀ヲナシテ附着スルアリ、或ハ髓樣軟ノ灰白赤色ノ物質ヲ以テ滿タサルヽアリ。

背面ヨリ檢スルニ腫瘍ハ厚キ纖維性被膜ヲ以テ掩ハレ其ノ被膜ハ下部ニ至ル程厚クシテ硬靱、上部ニ至ルニ從ヒテ漸々菲薄平滑トナリ遂ニ左右上緣ニ於テ前面ニ記載セルモノニ移ル。左緣中央部ノ背面ニ平滑ナル被膜ノ上ニ更ニ平滑菲薄ノ被膜ヲ以テ被ハル、鷄卵大ノ半球狀ノ膨隆アリ割面全ク同質樣髓樣軟、灰白白色血管ニ富ミ所々ニ小出血竈ヲ認ム。

膀胱ヲ開キテ檢スルニ壁ハ腫瘍ト癒着スレ𪜈侵害セラレズ。

子宮ハ此ノ腫瘍塊ノ爲メニ後左方ヨリ壓迫セラレ子宮底部前右方ニ屈曲ス。右方ノ喇叭管ハ少シク緊縮シ同側卵巢ハ纖維性ニ萎縮スレ𪜈肉眼的ニ著ルシキ變化ヲ見出サズ。

ドーグラス氏窩ノ腹膜ニハ一般ニ疣狀或ハ絨毛狀及豌豆大ノ球狀或ハ磊塊狀ノ轉移密ニ存在ス。

左方ノ喇叭管及卵巢ヲ見出サズ子宮ノ左方ニ密接シテ少シク後方ニ片寄リ殘

トキシリン－エオジン」複染色法、ワンギーソン氏染色法、「カルミン」染色法幷ニフェルヘーフ氏染色法ヲ以テセリ。

第一切片（腫瘍ノ下縁厚キ被膜ヲ有スル肉眼的ニ帯黄白色顆粒状ノ観ヲ呈スル絨毛状物ノ密ニ集合セル所ヨリ取ル）。

○弱擴大下（ツァイス氏顯微鏡接眼2接物A、A）

（イ）被膜ハ卵巣ノ間質ニ類スル結締織ヨリ成レ厄細胞核ニ乏シク纖維状ナリ血管ニ富ミ血管壁ハ肥厚ス一二ノ石灰沈着ヲ認ム、其上ヲ掩フ漿液膜ハ肥厚シ圓形細胞ノ浸潤アリ。

（ロ）腫瘍ハ中心ニ近ク程變性壞死ニ陷ルヿ甚シク、全ク壞死ニ陷レル所ハ「エオジン」ニテ赤染スル構造ナキ顆粒状物質トナル其ノ間ニ半バ壞死ニ陷レル色素顆粒ノ混在スル赤青色ニ汚染スル部分アリ又「エオジン」ニテ僅カニ染色スル硝子樣ノ物質アリ之レハソンギーソン氏法ニテ赤染ス。

被膜下ノ變性ヲ呈セザル部ヲ見ルニ被膜ノ内面ヲ被フテ主ニ單層或ハ數層ノ圓柱状或ハ低圓柱状ノ細胞併列ス或ハ細胞ノ剝脫セル所アリ、其ノ細胞列ハ處々内方ニ向ツテ小ナル皺襞ヲ作ル其ノ小ナルモノニ於テハ其ノ中ニ結締織ノ

何レモ中心壞死竈ヘノ移行ハ徐々タリ

解剖的診斷

一、惡性ニ變性セル左側卵巢囊腫

二、腹膜上ノ轉移性及撒種性結節

三、肝、胆囊及大網膜、後腹膜及腸間膜淋巴腺ヘノ轉移

四、心及肝ノ褐色萎縮

五、左側股靜脈ノ血栓ニヨル閉塞

六、右側輸尿管ノ狹窄、其ノ上部ノ腎盂ニ至ル迄ノ擴張及腎臟結石

七、浮腫及腹水

八、貧血

九、左側慢性纖維性胸膜炎

十、肺水腫

○顯微鏡的檢查

腫瘍ハカイゼルリング氏液ニ貯ヘシモノヨリ切片ヲ取リ、轉移竈ハ主トシテ「フォルモール、アルコール」ニテ硬化シ浸漬包埋ニハ「チェルロイディン」ヲ用ヒ、染色ニハ「ヘマ

乏シク中層ニ至ルニ從ヒ稠密ナル核ニ乏シキ纖維トナル。

腹膜ハ不規則ニ纖維性ニ肥厚シ血管開張シ血球ヲ以テ滿タサル、浸潤セル細胞ハ主トシテ單核ノ淋巴球ナリ所々ニ褐色々素粒遊離シテ存在シ或ハ結締織細胞ヨリ採ラル。

(ロ)、半バ壞死ニ陷レル竈中ニハ多數ノ上皮細胞集合融解シ「ヂンチチユウム」細胞狀トナルモノアリ、硝子樣變性セル物質ハ全ク造構無キモノアリ、又ハ中心ニ血管ヲ有スルモノアリ、又僅カニ結締織造構ヲ認メ得ルモノアリ、或ハ石灰沈着ヲ表スモノアリ。

邊緣ニ近キ比較的新鮮ノ乳嘴狀腫瘍ノ間質ヲナス結締織細胞體ハ紡錘狀ニシテ「エオヂン」ニテ淡染シ細胞相互ノ境界ハ銳利ナラズ、核モ紡錘狀ナレド比較的胞狀ニシテ「ヘマトキシリン」ニテ淡染シ輪廓明瞭ナリ、又所ニヨリテハ細胞膨大シ核モ長紡錘狀又ハ星狀トナリ細胞間物質同質性青色ニ淡染スル所アリ、其ノ中ノ血管—毛細管ハ赤血球ヲ以テ充盈セラレ太キ根部ト思ハル、所ニハ少許ノ圓形細胞浸潤アリ、之レヲ圍套スル細胞及被膜ノ內面ヲ被フ細胞ハ圓柱狀ニシテ層ヲ增スニ從ヒ骰子形ニ近ヅク相互ノ境界ハ互ニ壓迫スレド比較的明カ

侵入ヲ認メザレ𪜈少シク大ニシテ長キモノニ於テハ結締織之レニ侵入シ少シク太キモノハ血管ヲ伴フ、大ナル乳嘴狀ノモノハ樹枝狀ニ分岐ス、腔内ニ於テ斯ル乳嘴狀物體ノ切斷セラレタルモノ多數ニ存在ス即チ樹枝狀ニ分岐セル中心ニ血管ヲ荷フ嫩弱ナル結締織ハ一層或ハ數層ノ圓柱狀或ハ低圓柱狀又ハ骰子形ノ細胞之レヲ圍繞シ其ノ狀恰モ「ウマゴヤシ」ノ葉ヲ觀ル如ク又ハ Arbor vitae Cerebelli ノ如シ又其上皮細胞間ニ「ヘマトキシリン」ニテ青色ニ淡染スル同質性内容ヲ有スル小腔ヲ取リ圍ム狀腸絨毛ニ類似スル像ヲ呈ス、或ハ部分ニ於テハ被膜ト之レヲ被フ細胞列トノ間ニ於テ間質ヲ爲ス結締織細胞ノ非常ニ增殖スル所ヲ見ル

(ハ)腹膜ト腫瘍被膜トノ間ニ所々大小ノ周圍ト銳利ニ劃限セラレタル結節ヲ認ム、大體ノ像ハ腫瘍塊ト一致スレ𪜈間質ノ結締織ニ乏シク上皮性腫瘍細胞密ナリ且ツ所々「ヘマトキシリン」ニテ濃染スル腫瘍細胞ノ二三倍ノ大サアル不正ノ形狀ヲ有スルモノアリ、又結節ノ周圍ニハ褐色ノ色素粒沈着ス。

○强擴大(ツアイス氏顯微鏡接眼2接物D. D. 或ハ Immersion 1/12 以下倣之)

(イ)被膜ノ外層ハ纖維種々ノ方向ニ錯走シ核膨大シ細胞原形質及核共ニ染色力ニ

瘍中ニ在ルモノハ殆ンド固有ノ管壁ヲ有セザルガ如シ皆血球ヲ以テ充盈シ或ハ纖維素凝固ヲ以テ全部若クハ一部充タサル、アリ或ハ出血シ血管周圍ニ赤血球ノ浸潤スルアリ褐色色素ノ沈着スルアリ、大出血ノ爲メニ其處ノ組織壞死ニ陷リ細胞モ染色力ヲ失ヒ無造構顆粒狀物質トナリテ纖維素絲ト混在スル所アリ。

(ハ)腫瘍實質細胞ハ部位ニヨリテ種々ノ形狀ヲ呈ス。

(1)紡錘狀ノ細胞索條ヲナシ種々ノ方向ニ密ニ入リ混ル之ヲ正型トス。

(2)其等ノ細胞ノ配列疎鬆トナリ細胞體淡青色ニ染色シ粘液樣ニ見ユル所アリ。

(3)或ル部分ニ於テハ其レ等ノ細胞營養液ニ富ミ水々ト圓形ニ近ツキ極メテ密ニ集合シ其中ニ非常ニ親密ニ混合シテ多數ノ圓形或ハ紡錘狀種々ノ形狀ヲ有スル、大サモ不同小ナルハ前記細胞ヨリ少シク優リ、大ナルハ殆ンド三四倍ノ大サニ達スル細胞存在シ細胞體ハ「エオジン」ニテ他ノモノヨリハ強ク赤染ス。

(4)切片ノ一端腫瘍ノ極メテ邊緣ノ一部ニ紡錘狀細胞索及半バ壞死ニ陷レル組織中ニ混ジテ小ナル腺樣配置ヲ取レル細胞集團アリ、而シテ其レニ近接スル紡錘狀細胞ハ多少粘液樣外觀ヲ呈シ此ノ細胞ハ原形質ニ富ミ原形質モ核モ染色

ナリ細胞核ハ長卵圓形乃至卵形ニシテ基底ニ近ク位シ胞狀ニシテ大ク「ヘマトキシリン」ニテ濃染シ强ク顆粒狀ヲ呈ス之レ等ノ細胞群ニヨリテ取リ圍マレタル腔隙中ニハ小ナルモノハ空虛ナルモノアリ少シク大ナルモノニ於テハ「ヘマトキシリン」ニテ淡青色ニ染ル同質物質及剝離シ膨大セル細胞ヲ容レ大ナルモノハ壞敗物質ヲ以テ滿タサル而シテ油浸裝置下ニテ熟視スレバ上記ノ細胞ニ於テ盛ナル正型的及異型的核分剖像ヲ認ム。

(ハ)弱擴大ニテ濃紫色ニ見エシモノハ中心ニ二三乃至五六個ノ核ヲ有シ又ハ不規則ナル周圍ニ膨隆セル「大和芋」ノ如キ一個ノ核ヲ有シ其周圍ニ共通ノ原形質アル巨大細胞ニシテ原形質ハ强ク顆粒狀ヲ呈シ染色力ニ富ミ核モ顆粒狀ニシテ染色質豐富ナリ其他腫瘍細胞ニ於テ數多ノ正型的及異型的核分剖像ヲ認ム。

第二切片腫瘍ノ左緣ニ於ケル同質性灰白色髓樣ノ部分ヨリ取ル)

○弱擴大

(イ)纖維性結締織種々ノ方向ニ比較的一樣ニ見ユル腫瘍物質中ヲ走リ大小不同不完全ナル分野ニ分チ又結締織星狀或ハ線狀ノ島嶼狀トシテ存在スルアリ。

(ロ)一般ニ血管ニ富ミ血管壁ハ薄弱ニシテ大ナルモノハ間質ノ結締織中ヲ走リ腫

Sprossung ニヨリテ毛細管新生シ盲管ニ終ルモノヲ認メ得
褐色色素粒ハ遊離シテ存在スルアリ、腫瘍細胞ヨリ採ラルヽアリ又ハ迷走細胞
ニ收容セラレ血管内ニ存スルモノアリ。

(ハ)(1)紡錘狀細胞ハ細胞體赤色ニ淡染シ核ハ紡錘狀或ハ長卵圓形ニシテ核膜明瞭
顆粒狀ヲ呈ス、中ニ所々細胞體圓クシテ顆粒狀トナリ核ハ染色質ニ富ミ分葉狀
ヲ爲ス者アリ又數多ノ細胞核中ニ一—二乃至三個ノ核小體ヲ有スルモノアリ。
出血竈或ハ壞死竈ニ近キ所ニ於テハ細胞核膨大シ主トシテ所謂 Kernwandhyper-
chromatose ヲ示シ又ハ泡狀變性ニ陷レルモノアリ、或ハ蟲ノ喰エシ如キモノアリ
或ハ遂ニ破壞シ染色素顆粒トナリテ遊離スルモノアリ。

(2)淡青色 hell ニ見ユル所ニ於テハ細胞原形質膨大シ或ハ絲狀ニ分解シ染色力
非常ニ衰ヘ細胞間物質淡青色同質性ニ染色ス。

(3)弱擴大ニテ圓形ニ近ク見エシ腫瘍細胞ハ多クハ圓形或ハ短紡錘狀ニシテ細
キ原形質突起ヲ兩端ニ出スモノアリ一般ニ比較的原形質ニ乏シク核ハ圓形ニ
シテ大ナリ細胞體及核ノ大サ非常ニ變化シ易ク核ノ染色質ノ量モ種々ナリ。
其ノ中ニ混在スル赤染スル大細胞ハ大サ形體性狀共ニ甚ダ種々ニシテ小ナル

異リ多少赤色ノ Nuance ヲ有スルガ故ニ境界明瞭ナリ、此ノ細胞集團ハ血管ヲ中心トシテ集簇ス。

又之レ等ノ細胞ニ能ク染色ニ於テ類似スレモ多少紡錘狀ニ見ユル細胞團體同ジク、血管ヲ中心トシテ集レル所アレモ腺樣配置ヲ取ラズ多少放線狀ノ配列ヲ爲ス、之レト周圍ノ紡錘狀細胞トノ境界ハ明瞭ナラズ。

(5)又切片ノ他ノ一端ニ近ク第一切片ノ腫瘍細胞ト同ジ細胞腺腫樣配置ヲ取リテ併例シ其ノ間質ニ於ケル結締織性腫瘍細胞ハ壁ノ大部分ヲ破壞シ其ノ腺腔中ニ侵入シ殆ンド其全部ヲ滿タスヲ見ル。

○强廓大

(イ)、結締織隔壁ハ纖維性ニシテ細胞核ニ乏シク或ハ腫瘍組織ト判然ト境スル所アリ或ハ結締織性腫瘍細胞ヨリ浸潤セラレ結締織纖維ハ小纖維ニ分解セラレ細胞モ漸次膨大シ絲狀ヨリ紡錘狀、長卵圓形トナリ細胞核モ膨大シ徐々ニ腫瘍組織中ニ赤染スル大細胞ニ漸次移行スル觀ヲ示ス所アリ此ノ關係ハ結締織ガ殊ニ破片或ハ島嶼狀ニ腫瘍組織中ニ殘存スル處ニ於テ著ルシ

(ロ)若キ腫瘍組織中ヲ精細ニ觀察スレバ遙カニ血管ニ富ミ毛細管ノ內被細胞ヨリ

腺樣配列ヲ取ラザル細胞集團モ細胞ノ性狀前者ニ酷似シ核分剖像モ認ムルヲ得長紡錘狀細胞トノ移行ハ全ク徐々タリ。

中心ニ在ル血管ハ皆赤血球ヲ以テ充滿セラレ內被細胞ハ膨大ス其ノ周圍ニハ細キ紡錘狀結締織細胞輪狀ニ取リ卷ク、血管肉腫ニ見ル圓柱細胞血管ヲ中心トシテ「マンテル」狀ニ配列スルモノトハ大ニ其趣ヲ異ニス。

紡錘形細胞モ血管ノ周圍ニハ密ニシテ多少丸味ヲ帶ビ血管ヲ巨ル遠キニ從ヒテ細胞疎鬆長形トナリ粘液變性ニ陷ル

第三切片(腫瘍前面ノ蠶豆大半球狀ノ膨隆アル所ニ水平斷ヲ加ヘテ得タルモノナリ)。

○弱擴大

大部硝子樣ニ變性セル纖維性結締織隔膜ニヨリテ大小不同ノ分野(囊胞)ニ分タレ各囊胞ハ種々ノ腫瘍組織ヲ以テ滿タサル。

第一種1切片ト同樣ナル腫瘍組織ニシテ囊胞ニ隨ヒ新鮮ニシテ殆ンド變性、壞死ノ起ラザルモノアリ、或ハ中央部ハ旣ニ壞死ニ陷リ邊緣ノ部ニ於テ比較的健康ナル腫瘍組織ノ存スルアリ或ハ殆ンド全部壞死ニ陷リ壞敗物質ヲ以テ盈タスア

ハ殆ンド周圍ノ腫瘍細胞大、大ナルハ四五倍ヲ超ユ形體ハ多クハ圓形若クハ卵圓形ナレ𪜈紡錘狀ナルアリ、或ハ非常ニ長キ迂曲セル原形質突起ヲ出スモノアリ、原形質ハ多ク光輝アル赤色ニ染色シ一般ニ顆粒狀ナリ、又原形質中數多ノ小ナル圓形ノ空隙ヲ有スルアリ、又ハ大ナル胞狀ノ空隙ヲ有シ僅カニ原形質ヲ認ムルモノアリ細胞體ノ輪廓ハ明瞭ナルモノ多シ、核モ大ニシテ胞狀中心ニ位スレ𪜈細胞體中ニ大ナル胞狀體アルモノニ於テハ爲メニ一方ニ偏ス、核膜ハ明カニシテ染色質ニ富ミ顆粒狀ヲ呈スルモノ多ク大抵一個時ニ二三乃至數個ノ核小體ヲ有ス、又一細胞體中ニ各一個宛ノ核小體ヲ有スル核ヲ二乃至數個藏スルモノアリ。

又壞死竈ニ近キ所ニ於テハ此ノ大細胞ノ核全ク染色力ヲ失ヘ全體赤染スルモノアリ或ハ原形質モ染マズ只輪廓ノミヲ殘ス所アリ、細胞間小結締織纖維ハ比較的少許ナリ。

(4) Rosetten ヲ形成スル細胞ハ多少圓柱狀ヲナシ中心ニ向フテ放線狀ニ配列シ中心ニ小腔ヲ造ルモノアリ原形質ハ可成强ク赤染シ核ハ圓形或ハ卵圓形ニシテ染色質ニ富ミ中心ニ距リシ側ニ位ス、盛ナル核分割像ヲ認ム。

第三種、全ク II 切片(ハ)ノ(3)ニ一致ス。

第四種、同質性淡赤紫色ニ染ル凝固物質中ニ極メテ僅カノ迷走細胞及嚢胞壁ノ細胞ノ脱離シ膨大セルモノヲ包埋ス、尚ホ僅カニ壁ニ附着殘留スル細胞ハ壓迫セラレ内被細胞樣トナル。

第四切片(腫瘍ノ左緣中央部ニ在リシ鷄卵大ノ膨隆部ヨリ水平斷ヲ加ヘテ得タル切片ナリ)。

○弱擴大

薄キ結締織被ヲ以テ掩ハレ一部被膜無ク腫瘍細胞其ノ周圍ノ脂肪組織中ニ浸潤ス。

腫瘍組織ハ大體一樣ノ構造ヲ有シ紡錘狀細胞ヨリ成ル非常ニ血管ニ富ミ血管ハ强ク開張シ血球ヲ以テ滿タサル中央部ニハ壞死ニ陷レル部分及出血竈アリ、腫瘍細胞ハ索條ヲナシテ種々ノ方向ニ錯走ス而シテ血管ノ周圍ニ稠密ニシテ之レヲ遠カルニ從ヒ疎鬆ニシテ明ナリ血管トノ關係ヲ熟視スルニ二種アリ多數ハ血管ノ直ク周圍ニ於テ細胞疎鬆善ク光線ヲ透シ明ク見ユル帶アリ其ノ周圍ニ細胞密ニ群集ス、他ハ血管ト腫瘍細胞トノ間ニ疎鬆ノ帶ナシ、然レ𪜈極メテ邊緣ノ部及

第二種、I切片ト同樣ナル腫瘍組織ヲ有スレモ其ノ間質ヲナス結締織ノ增殖盛ニシテ之レヲ掩フ細胞簇ハ却テ所々ニ封入セラレタルノ觀ヲ呈ス。

第三種、II切片ノ組織中、圓形ニ近キ紡錘形細胞ト大細胞ト混在セル腫瘍組織ト同樣ナルモノ。

第四種、同質性淡紅色ニ染ル豚脂樣物質

○强擴大

結締織隔壁中ニ大小不同ノ或ハ縱斷セラレタル或ハ斜斷セラレタル或ハ橫斷セラレタル腺管ノ侵入スルモノヲ見ル、腺管ハ多クハ管腔ヲ有スレモ極メテ小ナルモノハ充實性ナリ、壁ヲ被フ細胞ノ性狀ハI切片ノ腫瘍細胞ニ一致ス

第一種、I切片ノ像ト異ナラズ。

第二種、間質ヲナセル結締織細胞ハ細胞體モ核モ胞狀ヲナシ血管ノ周圍ニ非常ニ密ニ存在シ結締織非常ニ增殖シ腫瘍細胞ハ却テ封入セラレ細胞ノ配列不正トナリ細胞體膨大シ境界不明トナリ融合シ核モ胞狀性變性或ハ破壞セラレル、像ヲ見ル

全ク壞死ニ陷レル組織ヨリ成ル。

第八切片(腫瘍ノ下方子宮ノ左少シク後方ニ位セル出血性液ヲ容レタル囊胞壁ノ、下端ノ肥厚セル部ヨリ取ル)

囊胞壁ハ厚キ結締織ヨリ成リ中ニ僅カノ滑平筋纖維及彈力纖維ヲ有ス、而シテ其ノ内面ニ一部I切片腫瘍組織ノ附着スルモノアリ而シテ肥厚セル部ニ於テハ重ニ硬靭ナル結締織ヨリ成リ中ニ多數ノ迂廻セル動脈、密ニ群集スル紡錘狀細胞及新舊種々ノ狀態ノI切片腫瘍轉移ヲ有ス。

第九切片(他側ノ卵巢ニ矢狀斷ヲ加ヘテ採ル)

卵巢組織ハ纖維性ニ萎縮シ二三ノ舊キ硝子樣變性セル纖維體及Einsenkungscyste アリ少數ノ原始濾胞ヲ見ル或ル血管中紡錘狀腫瘍細胞ノ之ヲ閉塞スルモノアリ、間質結締織中ニ小ナル其ノ轉移竈アリ。

第十切片(右側膀胱周圍ノ血管叢アル處ヨリ採ル)

一靜脈ハ層疊性血栓ヲ以テ閉塞セラレ其ノ中心部ニハ圓形結締織屬腫瘍細胞ノ集團ヲ包圍ス、或ル動脈ハ產出性動脈內膜炎ノ像ヲ呈シ內膜細胞非常ニ增殖シ爲メニ管腔ハ殆ンド閉塞セラレ僅カニ兩側ニ裂孔トシテ殘存スルアリ、其他ノ動

脂肪組織中ニ浸潤スル處ニ於テハ斯ル特殊ノ配列ナク只甚ダ密ニ壓迫集合ス。

○強擴大

腫瘍細胞ハ主トシテ紡錘狀ニシテ極メテ邊緣ノ部ニ於テハ核比較的大ニシテ染色質ニ富ミ原形質ニ乏シ核分剖ノ種々ノ狀像ヲ追及シ得、血管(毛細管或ハ前毛細管)ノ周圍ニ在ル明ルキ帶ニ於テハ細胞疎鬆ニシテ細胞間空隙廣ク細胞ハ浮腫ヲ呈シ原形質膨大スレドモ核ハ染色質ニ乏シカラズ核分剖像モ之レヲ認メ得。

第五切片(中心部ニテ比較的下端ニ近キ所即チI、切片ト中心部トノ境ヨリ取ル)。

殆ンド全部壞死ニ陷リ無造構ノ赤染セル顆粒狀或ハ纖維狀物質ヨリ成リ唯以前血管ノ在リシト思ハル、所ハ管腔アリ或ハ纖維素凝固物質之レヲ滿タシ僅カニ其痕跡ヲ俤ハシム。

一端ニ半壞死ニ陷リツヽアルI、切片腫瘍組織ヲ認ム。

第六切片(腫瘍ノ中央部ニテII、切片ニ近キ所ヨリ取ル)

非常ニ血管ニ富ミ大部分ハ壞死及出血竈ニシテ一小部分ニ比較的新ラシキ腫瘍組織アリ大體ニ於テVI、切片ニ一致ス。

第七切片(中心部ヨリ取ル)

II、切片ニ於テ記載セル種々ノ形狀ヲ有スル大細胞混在シ本腫瘍ニ於ケルモノト唯少シク異ルハ原形質「エオジン」ニテ赤染シ、細微顆粒狀ニシテ大ナル胞狀隙(Vacuolen)等ナク、核ハ甚ダ染色質ニ富ミ粗大顆粒狀ニシテ恰モ神經節細胞ニッスル氏小體ヲ染メ出セシガ如キ觀ヲ呈スルモノアルコトナリ、肝實質ヲ見ルニ中心靜脈及肝靜脈ハ强ク開張シ血球ヲ以テ充タサル、肝細胞ハ小葉ノ邊緣部ニ於テハ高度ノ脂肪浸潤ニ陷リ、中心部ニ於テハ肝細胞索間毛細血管ノ擴張セル爲メニ肝細胞ハ壓迫セラレ、細胞索細シ、腫瘍ニ隣接セル肝細胞ハ强キ壓迫萎縮ノ狀ニ陷リ殆ンド扁平紡錘狀トナル。

第十五切片(腸ノ漿液膜ニアル絨毛狀乳嘴腫狀物體)

腸ノ筋層ハ全ク之ニ與ラズ漿液膜及漿液膜下組織ノ其部ニ於テ非常ナル增殖ヲ營ミテ形成セルモノニシテ恰モ平地ニ生長セル樹木ノ甚ダシク分枝繁茂セルガ如キ觀ヲ呈ス根部ニ於テ漿液膜下組織中ニ他ノ部ニ於テ見ラレザル太キ血管アリ樹幹ノ中心ヲ登リ小枝ニ至ル迄分布ス、其ノ周圍ニ結締織アリ其ノ周圍ニ內被細胞ノ被覆アリ而シテ最モ外表ヲ覆フ可キ上皮細胞ハ殆ンド全部剝離シ一小部ニ於テ附着スルモノヲ見ルニ低圓柱形ニシテ細胞體輪廓明カニシテ核ハ卵圓

脈モ硬變ヲ表シ内膜肥厚シ其ノ深層ニ石灰ノ沈着アリ。

第十一切片(後腹膜淋巴腺)

淋巴腺全部腫瘍化シ其ノ被膜ハ纖維性ニ肥厚シテ直チニ腫瘍ノ被膜トナル中央ノ大部分ハ壞死ニ陷ル邊緣ノ比較的健存スル部分ハ被膜ヨリ結締織索條侵入シ大小不同ノ分野ニ區劃セラレ其ノ少シク大ナルモノニ於テハ中心既ニ壞死ニ陷ル最モ新鮮ナルモノヲ見ルニ其ノ像I切片ノ新鮮ナル腫瘍組織ト全ク同ジ、又淋巴腺周圍ノ組織中ニモI切片腫瘍ノ轉移アリ唯顯著ナルハ腫瘍細胞ノ增殖盛ニシテ間質ノ結締織ハ僅少主トシテ腺腫性癌樣造構ヲ示スヿナリ

第十二切片(腸間膜淋巴腺ニシテXI切片ト大同小異ナリ)

第十三切片(橫隔膜ノ下面ニ存在セル小豆大半球形ノ結節)

纖維性結締織ニ依リテ橫隔膜組織ト明劃ニ區別セラレ一半壞死ニ陷リI切片腫瘍ト一致ス橫隔膜組織ト結節トノ界ニ小出血アリ。

第十四切片(肝臟ノ轉移結節ト共ニ周圍ノ肝組織ヨリ取ル)

轉移結節ハ肝實質トノ境明瞭ニシテ周圍ニ向ツテ强キ壓迫ヲ作爲ス、腫瘍組織ハ主トシテ紡錘狀細胞ニシテII、切片腫瘍組織ト其ノ造構ヲ同フシ此處ニ於テモ

多數ノ半球狀蠶豆大ノ薄キ被膜ヲ有スル囊胞狀膨隆ヲ有ス一部被膜破レテ胞內ノ乳嘴狀物質ノ表ル、アリ背面ノ左緣ニ近キ所ニハ一個ノ充實性鷄卵大ノ膨隆アリ其ノ部ノ同質性腫瘍組織ニ移行ス、本腫瘍ニ密着シテ子宮ノ左方腫瘍ノ下方ニ鷄卵大ノ囊胞アリ出血性帶褐赤色ノ液ヲ容ル。前額斷ヲ加ヘテ割面ヲ檢スルニ下端緣ニハ乳嘴狀物質ノ緻密ニ茂生シ帶黃白色ノ顆粒狀ヲ呈ス左緣上部ノ狹隘ナル帶ハ稠密同質肉腫樣物質ヨリ成リ其中多クノ大小ノ出血竈ヲ認ム、其他大部分ハ退行變性ニ陷リ脆弱壞敗シ易キ帶褐黃色ノ海綿狀成分ナリ。

(2)子宮ハ此ノ腫瘍塊ノ爲メニ壓迫セラレテ體部前右方ニ屈曲ス。

(3)左側ノ卵巢及喇叭管ヲ見出シ能ハズ。

(4)腹膜上ニ多數ノ球狀或ハ乳嘴狀物質ヲ認ム。

(5)肝實質中ニ鳩卵大ノ灰白白色同質性轉移結節ヲ有ス。

(6)腸間膜及後腹膜淋巴腺ハ腫脹シ硬ク割面顆粒狀ナリ。

第二顯微鏡的

(1)本腫瘍ノ下緣ノ一部若キ腫瘍組織隔壁ニヨリテ略ボ囊胞狀ニ分界セラル其レヨリ腔內ニ向フテ乳嘴狀突起ヲ出ス、隔壁及乳嘴狀結締織ヲ掩フ細胞ハ單層乃

形基底ニ近ク位シ非常ニ染色質ニ富ム、中心ヲ通ズル血管ハ幹部ニ於テハ固有ノ管壁ヲ有スレモ末梢ニ至リテハ固有壁ナク唯内被細胞ハ膨大シ根部ニ於テハ殆ンド圓柱狀トナリ末梢ニ於テハ通常ノ如ク扁平ナラズ結締織ハ幹部ニ於テハ一部硝子樣トナリ一樣粘液樣變性シ細胞核明カナル突起ヲ出ダス星芒狀トナルモノアリ末梢部ニ至リテハ或ハ比較的細胞ニ富ム所アリ或ハ全ク硝子樣變性ニ陷レルモノアリ、腹膜内被細胞ハ乳嘴腫狀物體ニ根部ニ移行スル處ニ於テ非常ナル增殖ヲナシ或ル部ニ於テハ數層トナリ細胞體モ膨大シ骰子形又ハ卵圓形トナル。乳嘴腫末端部ニ於テ結締織變性ニ陷ラザル處ニ於テハ血管内被細胞核ノ盛ナル分剖現象ヲ認ム。

第十六切片(腸漿膜ノ前者ヨリ小ナル絨毛)

皆前者ト同樣ノ造構ヲ有スル唯未ダ小ナルモノナリ。

○所見摘要

第一肉眼的

(1)本例腫瘍ハ左側卵巢部位ニ發生セル大人頭大ノ腫瘍ニシテ扁平球形ヲナシ纖維性被膜ヲ有シ漿膜之レヲ掩フ前面ノ一部ニ大網膜癒着シ前面下部ニ於テハ

量ノ營養液浸潤セル者ナラン、又或ル細胞集團ハ細胞體多少圓柱狀トナリ腺樣配列ヲ取リ一點ヲ中心トメ集合シ或ル者ハ其中心ニ腔孔ヲ取リ卷ク即チ Rosetten-bildung ヲ爲ス以上ノ像ハ人ヲシテ先天性腎臟腫瘍ヲ思ヒ起サシムル者アリ。

又或ル他ノ部ニ於テハ圓形ニ近キ肉腫細胞中ニ親密ニ混交シテ大細胞存在ス其ノ細胞ハ大サ、形狀、性質種々ニシテ周圍ノ肉腫細胞ニ徐々ニ移行スルガ如ク大ナル者ニ至リテハ細胞體內ニ泡狀變性アリ核ハ爲メニ一方ニ偏シ原形質核共ニ大ニ染色力ヲ失フモノ等ヲ見レバ腫瘍細胞ノ退行變性ニ陷ル種々ノ狀態ナラズヤト疑ハルヽナキニアラザレ𪜈細胞原形質核共ニ退行變性狀態ヲ示スヿ少ク而モ尙非常ニ大ニシテ原形質及ビ核强ク染色スルモノ多ク且ツ核中一乃至數個ノ核小體ヲ顯スモノアリ、又一細胞體內各一核小體ヲ有スル核ヲ數個藏ムルモノアリ加之若キ未ダ變性ヲ起サヾル肝轉移竈中ニモ多ク此ノ細胞ヲ見ルニ及ンデハ單ニ退行變性細胞ニ歸ス可ラザルヤ勿論ナリ、細胞體大ニシテ强ク赤染シ核モ胞大ニシテ核小體ヲ生ズルモノハ一見神經節細胞ノ觀ヲ呈スレ𪜈其レトシテハ形狀餘リニ變化多ク且ツニッスル氏小體染色法陰性ナリ、兩端ヨリ迂曲スル長キ原形質突起ヲ有スルモノニ至リテハ分化初期ノ筋細胞ナラズヤノ感ヲ起サシムレ𪜈

至數層ノ主トシテ圓柱狀時ニ增殖盛ナル所ニ於テハ骰子形ニシテ細胞體質ニ富ミ境界比較的明瞭大ナル胞狀ノ核ヲ有シ核ハ染色質ニ富ミ分剖像ヲ認ム、且ツ所ニヨリテハ腔內ノミナラズ周圍ノ結締織中ヘモ侵入シ囊胞狀或ハ充實性ヲナス腹膜上及淋巴腺中ニ之ト同ジ腫瘍組織ノ轉移アリ是レニ由リテ乳嘴性腺腫性癌ナルコヲ證シ得テ疑ヒナシ、間質ヲナス結締織ハ紡錘狀細胞ヨリナリ一部退行變性ニ陷リ或ハ粘液變性ヲ爲ス所アリ或ハ硝子樣變性ヲ爲ス所アレモ一部進行性增殖ヲ示ス所アリ殊ニ其ノ關係ハ切片III、ニ於テ顯著ナル所アリ。

左上緣(及全腫瘍ノ上左右部)ノ同質性ニ見ユル腫瘍組織ハ大體ニ於テハ紡錘狀細胞緻密ニ集合シ配列不正ナリ、細胞核ハ比較的大ニメ胞狀ヲ帶ビ染色强ク且ツ分剖像ヲ示ス者アリ、即チ紡錘狀細胞肉腫ナリ、然レモ其ノ間ニ所々種々性狀配列ヲ異ニスル細胞群混在ス、或ハ血管ニ關係ヲ有スルガ如ク其ノ周圍ニ密ニ集團シ其ノ部ニ於テハ細胞體核共ニ膨大シ之レヲ距ルニ從ヒ粘液變性ニ陷ル所アリ又血管ニ直接ニ接スル所ニ明ルキ帶ヲ有スル者アリ其ノ部ノ細胞疎鬆ニシテ細胞體ハ大ニシテ水々シ淡紅色ニ染色シ核モ胞狀ニメ大、染色質ニ富ミ著シキ顆粒狀ヲ呈シ又分剖スル者少ナカラズ、以テ退行性粘液變性ト見做シ能ハズ、血管ヨリ多

膨隆部ニ於テハ已ニ被膜ナク肉腫細胞連續的ニ周圍ノ脂肪組織中ニ浸入ス。

腫瘍ノ中央部原發竈ハ出血及壞死ニ陷リ周緣ノ健存腫瘍組織ヘノ移行ハ極メテ徐々タリ。

(2)腫瘍ノ下方ニ附着スル囊胞壁ニモ乳嘴狀組織附着スルガ、故ニ恐ラク乳嘴性腺腫性癌腫ノ中ニ大出血ヲ起シテ囊胞トナレルナラン。

(3)膀胱周圍ノ靜脈中ニハ腫瘍血栓アリテ之レヲ閉塞ス。

(4)後腹膜淋巴腺、腸間膜淋巴腺及橫隔膜下面ノ球狀結節ハ乳嘴性腺腫性癌腫ノ轉移ニシテ(恐ラク腹膜上ノ半球狀ノ結節モ同ジ物ナラン)肝實質內及右側卵巢內ノ轉移ハ純肉腫性ナリ。

腸漿膜上及橫隔膜下面ノ絨毛狀及乳嘴狀物質ハ如何鏡下ノ像ニ於テ乳嘴腫ナルヿ疑ヒナシ、即チ表面ヲ被フ內被細胞及其下ノ結締織其ノ部ニ於テ非常ニ增殖シ結締織ハ末梢部迄血管ヲ伴フ、リッペルト氏ガ卵巢ノ乳嘴性囊腫性腺腫ノ腹膜ノ轉移ニ於テ固有ナリトスル如ク結締織ハ嫩弱ナル紡錘狀細胞ヨリ成レル所ニヨリテハ纖維ニ乏シク粘液樣又ハ硝子樣變性ノ觀ヲ呈ス。

診斷

ワン、ギーソン氏染色法等ニテハ之ヲ證シ能ハズ(後日特種ノ染色法ニヨリテ檢査シ果シテ何レナルヤ報告スルノ機會アラン)。細胞體赤染シ非常ニ顆粒狀ナル者ハ黃體細胞ノ如ク見ユレモ其顆粒ノ脂肪ナルヤ否ヤハカイゼルリング氏液ニ貯ヘタル者ナルガ故ニ檢スル能ハズ、隔壁ヲ爲ス結締織纖維腫瘍細胞浸潤ノ爲メニ分解セラレ細胞體膨大シ體內ニ多量ノ液分ヲ吸收シ核モ膨大シ漸次此大細胞ニ移行スル如キ所アリ夫レ或ハ腫瘍ノ刺戟ニ因リテ結締織細胞ヨリ生ゼシ Fibroblasten 樣ノモノニシテ腫瘍形成ニ與ルモノナラン乎巨態細胞タル事ハ論ナシ、一言スレバ紡錘狀細胞肉腫大部分ヲ占ムレモ其ノ形狀ハ甚ダ variabel ニシテ巨態細胞ヲ含有スル多形性細胞肉腫ニシテ又腺樣造構ヲモ包ムモノナリ、其他肉腫組織ハ一般ニ血管ニ富ミ盛ナル毛細管新成ヲ認ム、而シテ新生セル管壁薄キ管腔中ニ多量ノ血液灌ガルヽガ故ニ出血シ易ク從テ壞死ヲ起シ易シ又尙其レノミニモ增シテ腫瘍細胞ノ增殖盛ンナルガ故ニ少シク舊キ所ニ於テハ營養液ニ不足シ變性ニ陷ルモノナリ。

被膜下部ニ厚ク他部ニ薄キハ癌腫ニ於テハ上皮細胞ノ增殖ト共ニ間質ノ結締織ヲモ增殖セシムレモ肉腫ニ於テハ被膜中ニ浸潤シ破壞スルガ故ニシテ半球狀

又腫瘍組織ノ一半ヲナスハ惡性乳嘴性腫瘍ニシテ斯ル腫瘍ヲ生ズルハハンゼマン氏ニ從ヘバ主トシテ卵巢睾丸及腎臟ナリト云フ又腫瘍組織ノ他半ヲナス肉腫ハ大部分紡錘狀細胞ヨリ成レ𪜈多形細胞肉腫ナリ蓋シ卵巢ノ肉腫ハルバルシュ氏ニ從ヘバ紡錘狀細胞肉腫最モ多シトスタンデル、アルフォンス氏ノ統計ニ賴レバ多形細胞肉腫最モ多シト云フ。

由是觀之腫瘍中ニ唯一部ニ於テ卵巢間質組織ヲ見出シ得タルノミナレ𪜈發生部位ヲ左側卵巢ナリトシテ不可ナカラン。

第二、本腫瘍ノ發生如何、

(1)本腫瘍ハ眞ノ混合腫瘍ナルカ將タ又偶然一卵巢ニ癌腫及肉腫兩種ノ腫瘍併發シ其ノ發育進行上混亂シテ斯ル形狀ヲ呈スルニ至リタルカ。

此問題ヲ正確ニ解決スルニハ本例ノ如ク發育非常ニ進涉シ中心原發竈既ニ業ニ壞死ニ陷ルモノニ於テハ發生初期ノ像ハ之レヲ探グルニ術ナシ、轉移竈ニ混在性ノモノアラバ合併腫瘍ナラズ混合腫瘍ト斷定シ得ベシト雖𪜈本例ニ於テハ轉移ハ淋巴系ニ於テ純癌腫性ニシテ血管ヲ介スルモノハ純肉腫性ナリ、然レ𪜈フォン、ハンゼマン氏ニヨレバ混合腫瘍ニテモ必ズシモ混在性轉移ヲ要セザル彼レノ例

上來詳細ニ記述セル肉眼的及鏡下所見ニ徴シ本腫瘍ハ冠乳嘴性腺腫性癌腫ト多形性紡綞細胞肉腫トノ兩成分ヨリ組織セラレタル者ニシテ然カモ腫瘍ノ下方ハ粗糙分野狀ザクザクセル冠乳嘴性腺腫ノ像ヲ上部ハ同質灰白白色血管ニ富メル多形性肉腫ヲ代表シ中央部ニ於テ兩者ノ混合層アリ顯微鏡下ニ於テモ兩成分ノ雜居ヲ示ス所アルガ故ニ本腫瘍ハ腺腫性癌腫肉腫即チ惡性雜腫瘍ナルハ毫モ疑ヲ容レズ而シテ本腫瘍ガ其兩成分發展ノ方面ヲ異ニスルノ狀態ハ淋巴腺轉移及腹腔撒種ノ腺腫性癌又乳嘴腫性(共ニ卵巢囊腫ヨリ轉化シ來タレル者)ナルト肝ニ卵巢ノ轉移ガ純肉腫ナルト相須ツテ却テ合併腫瘍ニ似タル發育ヲ示スモノトシテ頗ル興味アル所見トス。

考按

第一、本例腫瘍ノ發生セル臟器ハ何ナルカ、

該腫瘍ノ位置ハ左側卵巢ノ部位ニ一致シ子宮體部ハ腫瘍ノ爲メニ後左方ヨリ壓迫セラレテ前右方ニ屈曲ス恰モ良シ生理的卵巢ノ位置ヨリ腫瘍ノ發育セルナラント想像セシム且ツ左側卵巢及喇叭管ヲ發見シ能ハズ腫瘍ノ一部ニ卵巢間質ヲ證明シ肉腫細胞中黃體細胞ニ似タル形貌ヲ呈スルノ性ヲ有スル者アリ。

トセリ唯尙多形性ナリト稱スルヲ得ベキヲ異ナリトス將タ肉腫原發シ繼發的ニ癌腫ヲ生ゼリトセンカ夫ノ肉腫組織内腺樣配列ニ至リテハ之ヲ說明スルニ苦シム、余ハ肉腫細胞ノ性狀甚ダ variabel ニシテ一種名狀ス可ラザル巨大細胞ヲ含ミ且腺樣配列ヲ爲ス所アル等ヲ以テ少クモ肉腫性成分ハ之ヲ胎生的素因(Embryonal-anlage)ヨリ發生セシ者トセン即卵巢囊腫ヲ生ジタル本例左側卵巢中胎生的素因過冗間質性組織芽)ヲ存シ或原因ニ由リ囊腫ノ冠乳嘴性腺腫ニ變化スルト相須ッテ間質ノ肉腫性增生發育且腺腫ヨリハ腺腫性癌ヲ將來セル者ナリト解釋スルノ最妥當ナルベキヲ信ズ如何トナレバ(第一)普通ニ見ル卵巢冠乳嘴性腺腫或ハ惡性乳嘴腫性癌腫ニ於テハ間質ノ新生ハ却テ微弱ナルヲ常トシ且ツリップマン、フォン、ハンゼマンノ例ノ如ク若シ繼發的ニ肉腫ヲ間質ヨリ發生スルキハ紡綞細胞形ナリシト云フニ反シ本例ニ於ケルハ實ニ胎生組織ヲ臆想セシムルモノアリ(第二)純然タル雜腫瘍トシテ癌腫若クハ肉腫先ヅ發生シ繼發性ニ兩惡性腫瘍成分ノ混合ヲ致セシモノトセンカ本例ニ於テ臨床上已ニ卵巢囊腫ノ惡性變性ノ診斷モアル如ク腫瘍ノ下部ニハ、主トシテ冠乳嘴性腺腫乃至乳嘴腫性腺腫性癌ノ像ヲ存シ上部ニ於テ肉腫ノ發育ヲ見ルノ事實ハ少クモ癌腫ノ前身タル冠乳嘴性腺腫ノ存在ヲ疑

ニ徵シテ明カナリ、已ニ診斷ノ條下ニ記スル如ク本例ニ於テ一端ハ主トシテ腺腫性癌腫、他端ハ主トシテ肉腫ナルノ點ニ於テハ合併腫瘍ヲ否定シ得ザレモ癌腫ノ間質ヲナス結締織細胞增殖シ肉腫ノ性狀ヲ呈スル處アルヲ見レバ混合腫瘍ナリト稱スルモ亦必ズシモ不當ナラズ蓋シ卵巢ニ於テモ惡性腫瘍ノ合併ヨリモ甲惡性腫瘍ノ刺戟ニヨリテ乙惡性腫瘍ノ發生ニ由來スル混合腫瘍ノ方信ゼラレ易シトス。

(2)(a)然ラバ卵巢ノ組織ニ或ル原因(刺戟)働キテ同時ニ其ノ上皮細胞及間質ノ結締織細胞ノ違型的增殖ヲ起セルカ或ハ初メ上皮細胞ノ癌腫性增殖ヲ起シ其ノ間質纖發的ニ肉腫樣ニ變ゼルカ若シクハ其反對ナルカ

(b)卵巢中ニ分化セザル胎生期迷芽アリテ之レヨリ發生スル者ナルカ。

後天性刺戟或ハ先天性迷芽ニセヨ若シ兩種同時ニ發生シタリトセンカ轉移竈ニ於テ到ル所混在性ナラザル可ラズ、一ツノ轉移竈ニモ混在性ノ者ヲ見ズト謂フガ如キ有ル可ラズ先ヅ卵巢ニ上皮性腫瘍ヲ生ジ其間質ヲナス結締織細胞肉腫變性ヲナセリトセンカ冠乳嘴性癌腫ハ卵巢ニ屢〻見ル所ナリ且リップマン及フォン、ハンゼマンノ例ハ共ニ何レモ紡綞狀細胞肉腫ニシテ本例ニ於テモ紡綞細胞ヲ正型

テ其處ノ結締織ノ乳嘴狀增殖ヲ起スモノニシテ固有ナルハ結締織ト共ニ血管ノ增殖ヲ起スニ在リト、余モ亦鏡下ノ像ニ照シテ上皮細胞ガ來リテ Loco ノ結締織血管ヲ刺戟シ到ル處ニ乳嘴狀增殖ヲ惹キ起ス性質ヲ有スル「猶「スキルス」ガ到ル處結締織新生ヲ催スガ如シト云フ說ニ贊同セントスルモノナリ。

結論

一、本腫瘍ハ左側卵巢ニ原發セル癌腫ト肉腫トノ混合腫瘍ニシテ合併腫瘍ニ似タル發育狀態ヲ示ス稀有例ナリ。

二、腫瘍組織發生ノ母地ハ不明ナレモ恐ラク冠乳嘴性囊腫性腺腫ニ接觸セル部ニ於ケル間質內分化セザル組織芽ヨリ肉腫ヲ囊腫ヨリ腺腫性癌ヲ發生セルモノナラン。

三、癌腫ハ淋巴行ニ由リテ後腹膜淋巴腺、腸間膜淋巴腺及腹膜ニ轉移ヲ作リ、肉腫ハ血行ニ由リテ他側卵巢及肝ニ轉移ヲ作レリ。

四、本來囊腫壁ノ乳嘴ヲ被ヘル圓柱細胞ヨリ生ジタル癌腫細胞ハ轉移地ノ結締織血管組織ヲ刺戟シテ腹膜上ニ乳嘴狀物體ヲ生ゼシメタリ

稿ヲ終ルニ臨ミ恩師山極敎授ノ懇篤ナル指導ヲ謹謝ス

無カラシムルト同時ニ腺腫性間質内然カモ其ノ上部ニ於ケル夫レニ特ニ增殖力強キ換言スレバ過冗ノ間質組織芽ノ存スルヿヲ吾人ニ示スモノトシテ乳嘴腫性癌腫ノ上方過冗間質組織芽存在部トノ接觸點邊ニ於テ先ヅ違型發育ノ源泉ヲ生ジ是ヨリ一方ハ旺盛ナル肉腫他方少シク劣リタル腺腫性癌ノ發生ヲ現ハセル者ト想像スルヿヲ得ベケレバナリ。

第三、轉移ニ就テ

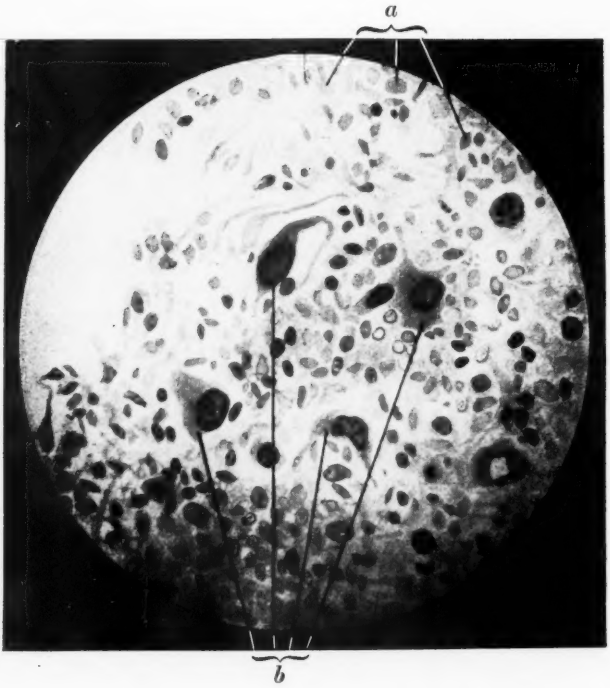
後腹膜淋巴腺、腸間膜淋巴腺及腹膜上ノ結節ハ癌腫ノ轉移ニシテ淋巴行ニ由ルモノナルベシ、右側卵巢內及肝實質內ノ轉移ハ肉腫ナリ膀胱周圍ノ靜脈中ニ肉腫々瘍血栓アリ右側卵巢內血管中ニモ肉腫細胞ノ閉塞スルアリ、血行ニ由ルモノナルベシ是レ實ニ同一腫瘍ガ同一有機體內ニ於テ腫瘍ノ性狀ノ異ナルニ隨ツテ轉移方法モ亦同ジカラザルヿヲ更ニ明示セル者ニ非ラズヤ次ギニ興味アルハ腸漿膜及橫隔膜下面ノ一見多發性ナルガ如キ乳嘴狀物體ハ轉移ナルカ、移植ナルカノ問題ナリ、乳嘴性囊腫ニ就キテ之レト同樣ナルモノヲ見テフロイド氏ハ轉移ナラズ接種(Implantation)ナリト云ヒリッペルト氏ハ乳嘴ノ移植セラレタルモノナラズシテ上皮細胞ガ其處ニ到リテ異物ノ働キ (Fremdkörpereinwirkung d. Epithelzellen) ヲ爲シ

Taf. 1

第一圖板

Fig. 1

第一圖



○参考書目

1) 山極業報第11年第1冊第11冊

2) v. Hansemann, Die microsc. Diagn. d. bösartigen Geschwülste;

3) Ribbert, Seine Geschwülstlehre. 1904;

4) Borst, Die Lehre v. Geschwuelsten;

5) Lubarsch — Ostertag, Ergebn. d. allg. Pathol. u. Patholog — Anatomie Bd. II-Bd. X;

6) Zeitschrift f. Krebsforschung, Bd I-Bd V;

7) Centralblatt f. allg. Patholog. u. pathol-Anatomie Bd I-Bd XIX (1890-1908);

8) Jahresbericht über d. gesamte. Medicin (1866-1908);

9) v. Hansemann, Gleichzeitiges Vorkommen d. verschiedenartigen Geschwülsten. Z. f. Krebs f. Bd I;

10) Stander, Alfons, Ueber Sarcoma d. Ovariams: do Bd I;

11) Queckenstedt, Ueber Carcinosarcam. do Bd II;

12) Lippmann, Ueber einen Fall von Carcinoma sarcomat. ovarii mit gemischten u. reinen Sarcommetastasen. d. Bd III;

13) Apolant, D. kuenstl. Tumorbildung d. Bd IV;

14) Aug. Lindemann, Ein Beitrag z. C. sarcomat. do. Bd V;

15) Glockner, Beiträge z. Kenntniss d. soliden Ovarialtumoren. do. Bd III;

16) S. Saltykow, Gleichz. Vorkom. d. Sarcoms. u. Carcinoms in derselb. Schilddrüese, Centralblatt f. allg, Pathol. u. Path-anatomie. Bd. XVI No. 14;

17) Schlagenhaufer, Carcinom mit Riesenz.-Sarcom in derselb. Mamma. do. Bd. XVIII No. 10;

18) Ehrlich — Apolant, Zur Kenntniss d. Sarcomentw. bei Carcinomtransplantation. do. Bd. XVII No. 13;

19) R. Borrmann, Pathol. d. Getchwülste, Lubarsch — Ostertag. VII J G. 1900–1901;

20) Moeckenberg, Sarcom u. Carcinom bei demselben Individum. do. X J. G. 1904–05;

○圖解

第一圖板第一圖肝臟ノ肉腫性轉移ヅアイス接眼二號接物DD號a紡錘狀腫瘍細胞b巨進ナル細胞同上第二圖腹膜後淋巴腺癌腫性轉移ヅアイス接眼第二號接物AA號a壞死竈b腫瘍組織c被膜

ガ或ハ多ク深部ニ向ッテ、或ハ皮膚面ニ併行ニ走行スル者アリ、或ル部ニ於テハ其量ニ乏シク、他ノ部分ニ於テハ頗ル多量ニシテ束狀或ハ網狀ヲ呈シ、又一見汗腺ノ如キ像ヲ呈スルアリ、然レモ此等索條ハ決シテ管腔ヲ形成セズ、

(二)、上記細胞ハ或ハ圓形ナル群團ヲ成シ、或ハ鹿角狀分岐ヲ示セル細胞索狀ヲ形成シテ、多クハ其中心部ノ壞死ニ陷ルアリ、又ハ葉狀集簇ヲ示シテ皮脂腺類似ノ觀ヲ呈スル者アリ、然レモ其內部ニ於テハ皮脂腺細胞ヲ認メズ、

(三)、該腫瘍ノ固有ナル徵證トシテ多數ノ小囊胞、細胞索條ノ中心部ニ、或ハ毛囊壁ニ偏在シテ存シ、然カモ氏ノ例ニ於ケル該囊胞內ニハ、求心性ニ緩粗ニ層狀ニ並列スル角質ヲ容レ、屢々其中心部ニ毛髮ヲ含有セリ、

(四)、細胞索條ノ多クハ降下シテ深部ニ向ヒ、其先端毛芽ニ對シ著明ナル毛乳頭形成ヲ示ス者ノ甚ダ多數ヲ證明ス、或ハ細胞索條ノ中心ニ於テ新タナル毛髮ヲ分化スル者アリ。

以上組織學的所見ハ其腫瘍發生點ノ毳毛毛根鞘ニ在ルヿヲ確メタル者ニシテ是レ氏ガ毛囊上皮腫ナル名稱ヲ以テ當レリト爲ス所以ナリ、

更ラニ少シク載籍ヲ閱スルニ氏ノ提言以前ニ於テ、將タ又其以後ニ於テ、多數學

○毛嚢上皮腫ノ一例ニ就テ

Ueber einen Fall von Tricho-epithelioma (multiplex papulosum)

—第二—第三圖板—

東京醫科大學病理學教室ニ於テ

志願助手 今村隼稻

緒言

一八九四年 Jarisch 初メテ皮膚ノ或ル腫瘍ニ就テ報告シ、之レニ毛嚢上皮腫(多發丘疹性)— Trichoepithelioma (multiplex papulosum) ナル名稱ヲ附シタリ、

該腫瘍ハ帽針頭大—小豆大偏平ニシテ、多クハ通常ノ皮膚色ヲ呈シ、稍々光輝アリ、可成リ強靱ナル硬度ヲ有シ、好ンデ顔面其他頭部頸部背部等ニ、或ハ瀰蔓性ニ或ハ集簇性ニ發生ス、而シテ春機發動機尚其以後ノ年齢ニ於テモ經驗セラルヽ、極メテ緩慢ナル發育ヲ營ム者ニシテ、一定大ニ達スルヤ其發育ヲ停止スト云フ、

氏ハ其精細ナル組織的檢査ノ下ニ其ガ發生上ノ意義ニ基キ上記ノ如ク命名シタル者ナルガ其據ル所略ボ次ノ如シ、

(一)、圓柱狀細胞乃至紡錘狀細胞ヨリ成ル實性ノ或ハ廣キ或ハ狹キ上被細胞索條

テ其ガ發生點ニ就キ、疑問ノ解ケザル者アルニ止マラズ、此等腫瘍ヲ構成スル細胞自己ノ性格ガ、或ハ表被性トモ、或ハ内被細胞性トモ認メ得ラルヽ如キ場合アルガ爲メ、更ラニ此等兩種ノ鑑別ヲ要スルニ至ルヤ論ナシ、Herxheimer 氏モ以上ノ如キ腫瘍ニ於テ(勿論檢シタル標本ハ一小片ナリシ爲メ)其嚢胞及細胞索條ガ皮膚上被汗腺、皮脂腺、乃至血管淋巴管内被細胞等ノ連續ヲ示サズ、全ク其發生源不明ニシテ今 Hydradenom, adenoides cystisches Epitheliom, Endotheliom ノ何レニ編入ス可キヤ明カナラズ、從ッテ表被細胞ト内被細胞トノ特種染色法アリテ兩者ヲ判明ナラシムルノ外無シトセリ、Fordyce 亦 J. 氏ノ如ク、外毛根鞘ヨリ發生シタリト認メタル腫瘍ノ記載ニ於テ多クノ Hydradenom トシテ報告セラレタル諸例及 Pingle 氏ノ『先天性皮脂腺々腫』等ハ氏ノ例ト同一物ナリト做セリ、

村

此等諸種名稱ノ腫瘍ガ、果シテ毛嚢上皮腫ト同一ナルヤ否ヤハ暫ク不問ニ附ス可シト做スモ、其各類例ニ於テ一二所見ノ異ナル者アルヿ、及其腫瘍發生點ニ就テ組織的正確ナル所見ニ遭遇セザルトハ、偶々同一腫瘍ニ屬セシム可キ者ニ於ケルモ、尙ホ且ツ彼我意見ノ一致ヲ缺クニ到ルヤ必セリ、故ニ余ハ玆ニ現今ニ到ル迄本腫瘍例數ノ幾何ナルヤヲ言明スルニ躊躇スルト共ニ、果シテ諸家ノ稱スル如ク極

者ニヨリ、多様ナル名稱ノ下ニ臨床上―組織的所見ニ於テ極メテ本症ニ類似セル皮膚腫瘍例ノ記載セラレタル者亦鮮シトセズ、

此等類似ノ皮膚腫瘍ヲ以テ、或ハ汗腺ノ腫瘍ト做シ(Jaquet u. Darier ハ „Hydradenomes eruptifs" 又ハ „Epitheliomes adenoides des glandes sudoripares" 又ハ adenoma sudoripares „ト命名シ、尚 Petersen, Brauns, Tröck 氏等モ汗腺腫瘍ト做スノ、或ハ皮脂腺腫瘍ニ算入スルアリ(Adenoma sebaceum "—Balzer, Menetrier, Barlow, Pick, pringele, Caspary, Crocker—)、或ハ單ニ上被細胞腫ノ一種ト做シ(„Epithelioma adenoides cysticum" —Brooke—, —Wolters—, Acanthoma adenoides cysticum—Unna—. „Epithelioma metatypique tubule" —Chanbard—, „Multiple benign cystic epithelioma" —Fordyce—)、或ハ母斑ノ一種ニ加フル者アリ(Gassmann)、

實ニ Jarisch 氏モ氏ノ腫瘍ハ Hydradenomes eruptifs 或ハ Adenoma sebaceum トハ區別ス可キ者ニシテ而ノ臨床上乃至組織的ニ甚ダ類似セル者ナリト爲ス、而メ氏ガ Adenoma sebaceum トシテ他ノ報告セル類例中ニ全ク毛嚢上被腫ニ算入ス可キ者アリト做シ Hydradenomes eruptifs トシテ記載セル者ノ中却テ血管内被細胞腫ニ算入ス可キ者アリトナスニ鑑ル時ハ、徒ニ同一表皮性腫瘍ト認メラル、範圍内ニ於

加藤某男、五十三年、父母ハ高年卒中症ニヨリテ斃レ、兄弟四人内一兄亦卒中症ニテ死シ、他ノ二弟尚健存ス、

已往症、生來健全ニシテ七歳天然痘ニ罹リ、廿五歳ニシテ麻疹ヲ經過セリ、四十六歳ノ時肋膜炎ノ疑アリシモ一週間ノ加療ニ依リ全治セリ、

本症ノ病歴 患者五十年ノ時右外聽道入口部ニ硬固ナル一個ノ腫瘍ヲ發生セリ、腫瘍ハ疼痛ナク又潰瘍形成ヲ來タサズ、當時ニ輕微ナル搔痒ノ感アルノミナリキ、

發育ハ徐々ニシテ約三年ノ後外聽道孔ヲ閉塞スルニ到レリ、爾來難聽及閉塞感ヲ起ス、

現症、體格強、身長中等、頭部、顏面腹部、胸部及四肢ニハ何等異狀ノ認ム可キナシ、其他屎、尿、便ニ異常ナシ、

臨床的所見

左耳(健側)鼓膜ニ輕微ニ陷凹シ、且ツ混濁セリ、聽力(23)/27 Fis 17/20 骨傳導通常、

右耳(患側)

聽力、C13/27 Fis 9/20 骨傳導通常、

右側外聽道ハ入口部ニ於テ豌豆大ノ固キ腫瘍ヲ以テ殆ンド密閉セラル、

昨年六月岡田博士ニヨリテ手術的ニ除去セラル、爾後ノ經過極メテ良好ニシテ

メテ稀有ナル腫瘍ナリト做スヿノ當否如何モ、亦俄カニ斷ス可カラザル者アル可シト信ス、

本邦ニ於テハ曩キニ土肥章司氏ガ一例ヲ報告セラレテ以來、土肥敎授更ラニ一例ヲ發表セラレタルノ外、未ダ眞ノ毛嚢上被腫トシテ報告セル者アルヲ聞カズ。

偶々本學耳鼻科敎室赤松學士ノ寄贈ニ係ハル一腫瘍ハ毛嚢上被腫ノ貴重ナル材料ナリトシテ山極敎授ヨリ余ニ調査ス可ク命セラレタル者ナリ、肉眼的一塊ノ腫瘍結節ナルモ、組織的ニハ明カニ其發育時期ヲ異ニセル數個ノ中心ヲ認メ得ベクシテ、然カモ甚ダ其初期ト認メ得ベキ部位アルヿ等、本腫瘍ニ關スル諸種ノ疑問ヲ釋ク上ニ於テ極メテ好適ノ材料タリ、

以下精査シタル所見ヲ記載シ、而シテ諸家ノ報告ニ係ハル腫瘍例、就中其所見及附圖ニ據リテ、本例ト一致セリト認メ得ベキ者ニ就キ、多少ノ比較觀察ヲ試ミ、以テ本腫瘍ニ關スル一二ノ疑問ヲ解クニ勉メントス、

稿ヲ起スニ先チ、耳鼻科敎室赤松學士ガ貴重ノ材料ヲ寄贈セラレタルヿ、及病床日誌並ニ當該腫瘍ノ寫眞ヲ貸與セラレタルノ好意ヲ深謝ス、

○實驗例

——毛嚢上皮腫ノ一例ニ就テ——

ニ記載ス可シ、

(甲)結節表層ノ部―穹隆表面下眞皮ニ在ル者(第二圖板第二圖イ)―弱擴大(ライツ氏檢微鏡接眼1、接物3、以下之レニ倣フ)ニ於テハ「クロマチン」ニ富メル核ヲ有シ、原形質ニ貧シキ細胞ハ、主トシテ細胞索條ヲ爲シ、蜿蜒諸多ノ方向ニ走行シ、或ハ中途分岐ヲ示シ、而シテ相互ニ吻合ヲ營ミ、テ網狀ヲ爲シ、極メテ肥厚セル皮膚眞皮層內ニ占居ス、

此等細胞索條ハ實性ナル者多ク、亦間々索條ノ經過中空洞形成ヲ示ス者アリ、空洞內ハ空虛ナル者又ハ「エオジン」ニ染メル一樣同質物(然レドモ強擴大―ライツ氏顯微鏡接眼I、接物7、―ニ於テハ微細顆粒狀物質)ヲ容ル、アリ、亦ハ索條經過中署ボ圓形ナル角化竈ヲ示ス部位アリトス、

深部ニ於テハ特ニ大ナル空洞ヲ存シ、多ク一二層ノ細胞列ニ被覆サル、者アリ亦皮膚上皮層ニ近ク、或ハ更ラニ深部ニ於テ以上細胞索條ノ細胞ト全ク性狀配列ヲ異ニセル腺管ノ存在スル者アリ、特ニ原形質豐富ニシテ、強ク「エオジン」ニ染ミタル圓柱狀細胞ハ、一列ニ並ビテ腺腔ヲ圍ミ、而シテ此等造構ノ部分多少集團性ニ存在ス、

約十日間ニシテ全治セリ、

○腫瘍ノ肉眼的性狀(第二圖板第一圖)

腫瘍ハ外聽道ノ後下壁ニ座シ、外側表面ハ凹凸不正ニシテ粗大顆粒狀ヲ呈シ、內側表面ハ微細顆粒狀—乳嘴狀ニシテ全形略ボ圓形ナルモ外聽道ノ長軸ニ沿フテ僅カニ長シ、腫瘍ハ全ク皮膚ヲ被ムリ、色澤ハ通常皮膚色ト一樣ナリ、皮膚ハ腫瘍實質ニ對シテ多少移動シ、而シテ腫瘍ハ又基礎組織ト移動性ナリ、

雷後下外聽道壁ノ一部トハ固ク癒着シテ、摘出ノ際小豆大ノ外聽道軟骨共ニ切除セラレタリ、腫瘍ノ前上方ニ當リ小ナル淺キ糜亂面アリ、少許ノ淡赤色漿液性分泌物ヲ漏ラスモ惡臭ナシ、

○顯微鏡的所見、

余ハ腫瘍結節ノ全部ヲ連續切片標本ト爲シ(全部二百有餘枚)普通ノ「ヘマトキシリン」「エオジン」重複染色、其他ソンギーソン氏染色法、ソイゲルト氏彈力纖維染色法等ヲ應用セリ。

本腫瘍ハ肉眼的單ニ一ノ腫瘍結節ヲ爲スモ、鏡檢的明カニ其腫瘍中心ノ數個ヨリ成ルコト、及其發育ノ程度亦等差アルコトヲ示スガ故ニ以下其部位ニ隨ッテ各別箇

セル微細顆粒狀物ヲ容ル、アリ、又ハ紅紫色(ヘマトキシリン、エオジン染色)ニ染メル略ボ一樣物質ノ大小ノ空胞ヲ包有スル者、即チ膠樣ノ物質ヲ容ル、者アリ、

結締織間質ノ性狀　以上ノ細胞索條ニ直接スル薄キ一帶ハ特ニ核ニ乏シク、强靱ナル性質ヲ示シ、從ッテ其細胞列トノ境界銳利ナリ、而メ恰カモ基礎膜ヲ具有スル如キ性狀ヲ呈ス、隣位兩者間ニ挾マル、部分ハ比較的緩粗ニシテ適度ニ紡綞狀結締織核存在シ、其他ノ星芒狀細胞或ハ粘液組織等ヲ交ヘザルヲ常トス、而シテ腫瘍實質トハ略ボ同量ニ配置サル、以上ノ如ク實質ト間質トハ概シテ其境界銳利ナルモ一二ノ部位ニ於テハ然カク判然セザルアリ、即チ一二ノ個所ニ於テ結締織ハ以上記述ノ者ト異ニシテ多少透明性ニシテ普通紡綞狀結締織核ノ他、少數ノ星芒狀細胞核ヲ交ヘ、一見粘液組織ニ近キ性狀ノ者タリ、

而シテ之レニ接セル已記細胞索條ノ細胞ハ、此際劃然タル結締織トノ境界ヲ示サズ、即チ善ク類似セル性狀ノ結締織細胞群ニ自然ニ移行スル如キ狀ヲ呈ス、

該腫瘍ノ皮膚表面ハ多少乳頭ノ延長スル者アリテ、凸凹不正ナリト雖、該部皮膚上被細胞層ハ特ニ違型增殖等ノ狀ヲ示サズ、然レモ上來所記ノ細胞索トハ屢々直接連續ヲ示ス、尤モ或ル連續ヲ營ム部位ヲ强擴大ニテ精檢スルニ該腫瘍細胞束ト

毛嚢上皮腫ノ一例ニ就テ

此等腺管ハ全ク通常汗腺分泌部ノ性狀ニ一致スル者ニシテ上記實性索條ト直接連續ヲ示ス者亦ハ太キ同上索條ノ中心部ニ蟠居スル者アリ、

皮膚上被細胞層下眞皮層内ニハ、畧ボ圓形ノ角化竈アリ、其周圍結締織ニハ白血球浸潤アリ、亦間々巨大細胞ノ圍繞スル者アリ、其他眞皮層内ニハ諸所ニ白血球ノ浸潤スル部位アリ、

強擴大ニヨリテ其細胞自己ノ性狀ヲ檢スルニ略ボ一樣ニ強ク「ヘマトキシリン」ニ着染スル核ハ卵圓―楕圓―紡錘狀ヲ呈シ、原形質甚ダ貧クシテ「エオジン」ニ染ムコト淡シ、而シテ各自相互ニ密存シテ細胞ノ形態自カラ多種或ハ索條ノ經過ニ一致スル方向ニ、或ハ全ク不規則ニ數個集合シテ上記ノ索條ヲ爲ス、更ラニ油浸裝置(ライツ氏顯微鏡接眼3、接物1/12「インメルジオン」)ニ依リ精檢スルニ實性索條ヲ構成スル細胞ニ就キ細胞間棘乃至原形質纖維等ヲ認ム可カラズ、

索條中空洞ヲ形成シ、汗腺樣ノ觀ヲ呈スル、然レモ汗腺ト區別シ得ベキ者ニ就キ精檢スルニ(強擴大―油浸裝置)其壁ニ附着スル細胞ハ多クハ二層ニシテ、其性上記ノ者ニ異ナラザルカ或ハ間々内層一列ノ細胞ハ其性狀ヲ異ニシテ、寧ロ腺上皮細胞ノ如ク原形質ニ富ミ、強ク「エオジン」ニ染ム者アリトス、空洞内ハ「エオジン」ニ淡染

類似ノ腔洞(腫瘍細胞索ノ細胞ト同性質ナル二層ノ細胞列ニヨリ、或ハ其内層一列ハ殊ニ汗腺々上皮細胞様觀ヲ呈スル細胞列ニヨリテ圍マル、)ヲ索條經過中ニ證明ス、腔洞内ハ膠質様物質或ハ微細顆粒狀物質ヲ容ル、更ラニ又索條經過中畧ボ圓形ナル角化竈ヲ有スル者アリ、

(第四)、結締織間質ハ細胞索條ニ接スル一帶特ニ强靱ニシテ、一見基礎膜様ノ觀ヲ呈ス兩索條間結締織ハ比較的緩粗ニシテ通常紡錘形結締織核ヲ示ス、

(第五)、一二ノ個所ニ於テハ間質ノ性狀却テ粘液組織ニ類シ、而シテ該部ニ接スル細胞索條ノ細胞群トハ以上ノ如ク明界ヲ示サヾル部位アリ、

(乙)(甲)ノ下ニ位スル「アテローム」囊胞狀腔ヲ中心トシテ其壁全體ニ連亘セル深部孤立腫瘍竈(第二圖板第二圖ロ)

以上記載ノ腫瘍ト同一切面ニ現ハル、部分ナリト雖前者トハ全ク別區劃ヲ爲シ深層ニ存スル者ナリ、前者ハ表面ニ暴露シテ上面左右共上皮ヲ以テ被ハレタル小結節ノ略ボ鉛直斷ナレモ、後者(乙)ハ其下部ニ位シ唯左右ノミニ上皮層アリ、切片上一新孤島ノ觀ヲ呈シ、其中心ニ「アテローム」様腔ヲ包有シ、此腔ハ連續切片上外表ト交通セリ、

乳頭間上被細胞束トノ細胞ハ多少其性狀ヲ異ニシテ全然移行的ナリト稱ス可カラズ、即チ續發的單ニ撞突シテ接觸スルニ過ギスト認メ得可キ者アリ、

然レ𪜈其他ノ細胞索ヲ連續切片ニヨリ漸次追究スルニ毳毛々根鞘ニ恰當スル明カニシテ腫瘍ノ細胞索トハ自然ニ移行シテ其間毫モ區別シ能ハザル者アリトス、腫瘍ノ發育進歩セル這般ノ場合ニ於テハ此等ノ像ハ特ニ腫瘍邊緣ニ於テ認ムル者ナリ、因ニ該腫瘍ノ邊緣ハ頓ニ健康皮膚ト分界ス、

以上記載ノ部分ハ略ボ其皮膚面ニ鉛直ノ方向ニ薄切セラレタル者ナリ、

(甲)腫瘍圖所見ノ摘要、

(第一)一見外表皮膚上皮層ト直續シ、其基礎層ノ細胞突起ナルガ如クナレ𪜈連續切片檢査ニ依リテハ毳毛々根鞘ニ歸緣スル細胞索條ハ、眞皮層内ヲ蜿蜒蟠屈シテ或ハ中途分岐ヲ爲シテ網狀ニ配列ス、

(第二)細胞ハ「クロマチン」ニ富メル卵圓、楕圓、紡錘形核ヲ有シ、原形質貧シク、且ツ淡ク「エオジン」ニ染ム、而メ細胞間隙乃至原形質纖維ヲ具ヘザル比較的小ナル細胞ハ其索條ノ經過ニ一致シテ、或ハ然ラズシテ密ニ數個並列シテ以上ノ索條ヲ爲ス、

(第三)該細胞索條ハ經過中偶々普通汗腺(殊ニ分泌部)腺管ト直接連續シ、又ハ汗腺

スル者ニヨリ界サル、然レ𪜈枚ヲ追フテ檢スルヤ腺管樣像ヲ示ス部分ハ漸々增量シ、同時ニ亦實性索條ヲ混ズルニ到ル、而シテ隣位兩腫瘍群トハ漸次其明劃ヲ失フト雖然レ𪜈常ニ兩者ノ間ニ挾マリテ畧ボ其境界ヲ示シ、而シテ前者ノ主トシテ實性ノ細胞索ヨリ生成スルニ對シテ、後者ハ多クノ腺管樣腔洞ヲ示ス、更ラニ追究スルニ由リテ、此等腺樣像ノ區域ハ狹少トナリ、遂ニ兩者間ノ一小部ニ存在スルニ到ル、又實性細胞索ヨリ成ル腫瘍群ノ周邊結締織內ニ於テ、汗腺分泌部腺管ノ割居スル者アリ、

余ハ以下更ラニ以上中間部ノ腺樣造構ヲ示ス部分及隣位ノ兩腫瘍群ニ就キ記載ス可シ、

(a) 腺樣造構ヲ示ス部分ノ內全ク汗腺分泌部腺上皮細胞ト同性狀ノ細胞一層ヲ附麗スル腔洞アリ、亦ハ同上腺上皮細胞列ノ外圍ニ實性索條ヲ構成スル細胞ト一致スル性狀ノ細胞列一層ヲ繞ラス者アリ、此等腺腔ハ略ボ一所ニ集合シテ存在スルモ、然レ𪜈亦周圍ノ實性細胞突起ト密接ニ連續ヲ示ス者アリ、殊ニ一二ノ部分ニ於テハ實性細胞索條ハ上記腺腔ニ撞突シテ、該部ニ恰當スル腺上皮細胞列ハ腔內ニ壓シ上グラレテ膨隆シ、而シテ實性細胞索ニ連ナリテ、然カモ索條ノ細胞ト同性

今左ニ腫瘍ノ深部ヨリ漸々外表ニ向ツテ所見ヲ叙述ス可シ、

(一)、深部ニ該當スル切片標本ニ於テハ、約二個ノ腫瘍群アリ、各限局性ニ其境界ヲ示ス、

該部ノ腫瘍細胞索ハ概ネ實性ニシテ其性狀上來記載ノ者ト同ジ、多少其趣ヲ異ニセルハ其間質ノ量比較的多クシテ實質量ヲ超越スル如シ、間質ノ性狀亦特異ニシテ、卵圓—圓形ナル「クロマチン」ニ富メル核ヲ有スル結締織細胞ハ、其形狀紡錘—圓—骰子形ヲ呈シテ原形質强ク「エオジン」ニ染ミ、而シテ此等細胞ハ可成リ密存シ且ツ毛細管ニ富ム、

然レ𪜈亦却テ粘液組織樣透明ニシテ、結締織細胞ハ紡錘狀乃至星芒狀ヲ呈シ緩粗ニ存在スル所アリ、何レモ實質細胞索トハ其境界明カナリトス、

(二)、更ラニ漸々切片ヲ追究スルニ兩種瘍群ノ略ボ中間ニ當リテ腺管樣造構ヲ示ス部分アリ、初メハ單ニ二三汗腺々管樣ノ切面ニシテ腔内ニハ膠質樣物質ノ「エオジン」ニ濃染スル者ヲ容ル、アリ、或ハ細胞膨大シテ不正形ヲ爲ス者ヲ充タシ、或ハ全ク空虛ナルアリ、

而シテ(一)ノ項下記載ノ兩腫瘍群トハ特ニ明カナル結締織索ノ太キ血管ヲ包有

實性索條經過中數多ノ角化質ト認メ得可キ圓形竈ノ中心部ニ存在スルアリ、或ハ更ラニ全ク毛髮斷面ノ像ト分ツ可カラザル者アリトス、其他更ラニ大ナル角化竈ノ數個アリ、二十「ミクロン」ノ切片約二十葉ニ渉リテ存在シ、四圍全ク結締織中ニ包裹セラレタル者アリ、此等角化竈ノ周圍ハ偏平上被細胞ノ數層アリ、更ラニ其外圍ハ普通ノ基礎表皮細胞ト同一性狀ノ細胞列ヲ繞ラシ、而シテ時ニ周圍ニ存スル實性索條ト直續スル者アリ、又ハ近接シテ存スルモ全ク孤立シテ而メ全部角化セル小竈ト成ル者アリ、然ル時ハ其周圍結締織内多少ノ白血球浸潤アリ、且ツ其境界部ニハ巨大細胞ヲ具有スル者アリトス、而シテ多ク眞皮ノ淺層ニ存在ス、

余ハ更ラニ上記細胞索ノ端部ニ就キ其性狀ヲ記載ス可シ、

一細胞索ノ鈍端ニ終ル者ニ於テ其端部ニ接シテ全ク生理的毛髮發育時期ニ見ル毛乳頭ト撰ブナキノ像ヲ示ス者アリ、「クロマチン」ニ富メル核ヲ有スル骰子形結締織細胞群、略ボ圓形ニ限局シテ密集スルアリ、先キノ細胞索條ノ端部ニ撞突シテ全ク普通毛乳頭ニ類似セル者アリ、

又ハ突起ノ先端吻開シテ同上結締細胞群ヲ包容スル者アリ、亦ハ細胞索ノ鈍端ニ接シテ限局性ニ結締織細胞ノ增殖アリ、然レ𪜈之レハ普通毛乳頭ノ如クナラズ

質ノ細胞群、剝レタル腺細胞列下ニ集積スル如キ像アリ、其他該部分ニ於ケル實性細胞索ノ經過中其中心部ニ同上腺細胞群ヲ包有スル者アリ、

亦更ラニ大ナル嚢胞狀腔洞ヲ形成スル者アリ、其壁ニ附着スル細胞ハ不規則數層ニ重ナリタル者ニシテ、而シテ漸々外圍實性索條ニ全然移行スル者アリ、換言スレバ周圍ノ實性細胞索條ハ直チニ腔洞壁ニ移行スル者ノ如シ、而メ之レニ接シテ内方ニハ更ラニ腺上皮細胞ノ一列(汗腺分泌部表皮ト一致スル)之レニ附麗スルヲ示スアリ、而メ腔内ハ微細顆粒狀物質ヲ容ル、者アリ、又ハ空虚ナルアリ。

(b) 實性細胞索條ハ多量ノ粘液樣間質ニ界セラレ、其細胞ノ性狀等(甲)ノ條下記載セシ者ト異ナラズ、余ハ連續切片檢査ニヨリテ此等細胞索條ガ恰カモ皮膚上皮細胞層ト略ボ併行ニ走行シテ不規則ニ分枝ヲ岐出シ、分枝ノ先端更ラニ分裂シテ數條ト成リ、亦ハ單ニ突起狀棍棒樣鈍端ニ終ル者等諸種ノ狀況ニ在リ、而メ又此等索條ガ數個ノ毳毛毛根鞘ノ表皮細胞ニ直續シテ發生セシ者タルコノ事實ナルヲ知ル、即此等細胞索ガ毛根細胞鞘ニ連ナリテ起リ、略ボ皮層面ニ併行シテ眞皮層ヲ横ギリ、紆餘曲屈シテ經過シ、途中分枝ヲ派出シ、其先端更ラニ數條ヲ分岐シ、亦ハ鈍端ニ終ル者アルナリ、

上記第(一)及(二)項記載ノ所見ハ即チ此腔ヲ中心トシテノ上記腫瘍團外層ノ像ニ拘ハル(第二圖板第三圖)換言スレバ皮下ニ飜轉セル皮膚面ニ沿フテ、一定ノ厚サニ存在スル腫瘍群ハ已記ノ如ク多ク毳毛々根鞘ニ直續シテ發生スル少數ノ比較的太キ細胞索條ニ起リ、更ラニ其端部分岐シテ網絡ヲ編成ス、此ノ各腫瘍群團ハ略ボ分界ヲ示シツヽ、併列スルヿ恰カモ扁桃腺窩邊緣ノ濾胞ノ如キ關係ヲ示ス、而シテ或ハ各群團ノ間ニ介在シテ一定域ノ全ク汗腺類似ノ腺樣組織ヲ挾ムアリ、或ハ更ラニ深部ニ於テ該腫瘍群ニ接シテ一定量ノ汗腺組織ノ存在スルアリ、此等汗腺乃至類似ノ組織ハ上來記載シタル如ク、主腫瘍群ノ間ニ介在シ、或ハ深部ニ於テ殆ンド之レニ接觸シテ存在ス、間々實性細胞索條ト直接連續スル者アリ、

此各腫瘍群(毳毛々根鞘ニ直續スル實性索條ノ團欒)ト中央「アテローム」樣腔壁上皮トノ間ニハ上來所記ノ如キ骰子形結締織細胞ノ密集セル者、亦ハ比較的透明ニシテ核ニ乏シキ粘液樣組織ヲ存ス、或ハ「エオヂン」ニ淡染シ又ハ「フクシン」ニ桃紅色ニ染メル硝子樣物質ニシテ尙軟骨細胞樣ノ大細胞ヲ含有スル部分ヲ包擁スル者アリ、比較的該間質組織過量ニシテ其ノ周邊部ニ腫瘍細胞索ヲ散點セシムル者アリ、

シテ、却テ其細胞索ノ端部ヲ包容スルガ如シ、或ハ亦同上索條ニ直續スル細胞突起ノ先端二條トナリ半環狀ニ吻開スルアリ、圈內略ボ同性狀ノ結締織細胞ヲ容ル、アリ、此際ハ併シ其結締織細胞ノ狀不正ナリトス、而シテ此等結締織細胞ハ其腫瘍細胞ト類スル者アリ、

或ハ全ク圈狀ヲ爲シテ存スル者アリ、圈內結締織ハ上來二三記載シタル如キ粘液樣組織ヲ容ル、者アリトス、

此等細胞突起ノ先端ハ屢々分岐シ、隣位ノ者ト吻合スル如キ狀ニ於テ茲ニ(甲)ノ條下記載ノ如キ細胞索條ノ網絡ヲ形成スルニ到レルヿ、恰カモ一樹幹ヨリ枝ノ分岐スルノ狀ニ類スルナリ、

(三)、更ラニ外表ニ近ヅクニ從ヒテハ、其切片ニ於テ皮膚陷凹面ニ圍繞サル、空間ノ二個ヲ示スモ漸々枚ヲ追フニヨリテ三個ノ空間ヲ示シ、遂ニハ全ク一空間トナリ、更ラニ展開シテ彎曲セル皮膚面トナル、即チ玆ニ深ク陷凹シテ「アテローム」嚢胞狀腔ヲ形成セル外皮ノ邊緣、到ル所ニ於テ毛嚢ノ延長分岐シテ實性細胞索ヲ新生セシヤ、中央腔ヲ中心トシテ上皮下ニ粘液樣—軟骨樣組織ヲ隔テ、實性細胞索網絡ヲ生シ、其間諸所ニ汗腺ノ混在スルヲ見ルナリ、

シタル如ク明カニ毳毛々根ニ持續シテ發生スルヿ、同時ニ索條ノ端部及經過ニ沿フテ骰子形結締織細胞ノ集積スルヿ、或ハ粘液組織樣間質ノ多量ヲ包擁スルヿ、而シテ此等結締織間質ノ周緣部ニ於テ明カニ汗腺群限局性ニ存在シ、以上ノ實性索條又ハ結締織ニヨリテ多少壓迫ヲ蒙ムルノ狀ニ在ルヿ等ノ諸像ニ遭遇セリ、而シテ亦實性索條ノ一先端ガ皮膚眞皮層結締織內ニ於テ全ク角化シ去レル者アリ、

(乙)腫瘍團ノ所見摘要

(第一)、「アテローム」樣ニ陷凹セル中央腔ヲ圍メル皮膚面ニ沿フテ一定ノ厚サニ於テ、略ボ分界ヲ示セル各腫瘍群ノ併列スルヲ見ル、恰カモ毳毛々根鞘ニ起レル始メ粗大ナル少數細胞突起ハ一定ノ厚サノ硝子樣ー粘液樣組織ノ野ヲ貫ラヌキテ後樹枝狀分岐ヲ示シテ(乙)腫瘍團ノ外層ヲ形成ス、

(第二)、汗腺組織ハ以上各腫瘍實質(外層ニ在リ)ノ間ニ介在シ又ハ更ラニ深部ニ於テ何レモ略ボ限局性ニ存在スルヲ常トス、

(第三)、腫瘍間質ハ各腫瘍群ニヨリテ多少性狀ヲ異ニシ、或ハ粘液樣組織トシテ實性細胞索條ニ包容セラルヽ如キ者アリ、亦ハ「クロマチン」ニ富メル核ヲ有スル骰子形結締織細胞密存スルアリ、後者ハ多ク、其細胞突起ノ端部ニ近ク存在スルヲ常ト

尚二三ノ少シク異ナル所見ヲ記載ス可シ、

即チ上記腺様腔洞ト實性細胞索トガ相混在シテ一群團ヲ爲シ相互ノ關係頗ル密ナル者アリ、即チ細胞索條中ノ一局部ニ於テ略ボ圓形ノ小角化竈アリ、之レニ接シテ或ハ一定距離ノ實性成分ヲ隔テ、同一索條ノ經過中ニ於テ汗腺様腺腔ヲ保有シ、或ハ汗腺々上被細胞ニ類スル一列ノ細胞層ノ外圍更ラニ皮膚基礎細胞ト一様ナル細胞ノ一層ヲ繞ラス者ニヨリテ圍マル、腔洞アリ、

亦ハ一索條ノ中心部ニ於テハ略ボ角化セル如キ狀ニ於テ、尚ホ未ダ核片ヲ所有シ汚穢紅色ニ染メル(「ヘマトキシリン」「エオジン」染色)物質アリ、之レニ接スル周圍ノ一帶ハ稍々透明ニシテ多少膨大セル核ヲ混ゼル微細顆粒狀ノ物質タリ、而シテ兩者ハ自然ニ移行シテ境界ナシ、更ラニ其外圍ハ普通基礎細胞ト同性狀ノ細胞層ヲ以テ繞ラス、約言スレバ細胞索條經過中ニ於テ中心一部角化スルノ傍ラ汗腺類似ノ腔洞及ビ一種脂肪變性類似ノ變性トガ甚ダ密接シテ存在スル者ナリ、連續切片檢査ニ由リテ以上實性索條中ノ汗腺様像ト其近圍結締織内ニ割居スル汗腺群トノ關係ヲ追究スルニ毫モ直接ノ連續ヲ認ムル能ハズ、

余ハ更ラニ最初期ト認メ得ベキ腫瘍群ニ於テ、以上實性ノ細胞索條ガ上來反覆

余ハ已ニ鏡下所見ニ於テ其發育初期ノ狀況ニ在ル者ニ於テ、

(1)、甲乙腫瘍團共ニ分界セラレタル各獨立ノ腫瘍群略ボ一定ノ厚層ヲナシテ皮膚眞皮層内ニ於テ比較的淺表部ニ併列セルヿ、

(2)、此等各腫瘍群ガ一細胞索條ニ依リテ遠型增殖ヲ示サヾル、即チ普通ノ厚層ニ在ル皮膚細胞層ニ連續スルヿ、

(3)、此細胞索條ハ連續切片檢査ニ據リテ恰カモ毳毛々根鞘ニ一致シテ起レル者ニシテ更ラニ枝條ヲ分岐スルノ狀全ク一樹幹ノ枝別ヲ分ツニ類セルヿ、

(4)、索條ヲ形成セル腫瘍細胞ハ、外毛根鞘ノ細胞ト其性狀一致スルヿ、

(5)、尙發育進步シタル腫瘍群ニ於ケルモ、其邊緣部ノ頓ニ通常皮膚ト境スル部分ニ於テ毳毛々根鞘ヨリ實性細胞索條ノ發生セリト認メ得可キ像アルヿヲ記セリ、

(6)、即チ(甲)ノ穹隆表面下腫瘍團ニ在リテモ、(乙)ノ「アテローム」樣陷凹腔圍腫瘍團ニ於ケルモ多數毛根鞘ヨリ、即多中心性ニ腫瘍細胞索條ノ發生スルノ像明瞭ナリ

(7)、屢々毛乳頭類似ノ形象物、或ハ全ク毛乳頭ト分ツ可カラザルノ像ガ實性細胞索條ノ端部ニ接シテ存在スルヿヲ認メタリ、

是等所見ニ據リテ兎モ角本腫瘍ガ外毛根鞘表被細胞ヨリ發生セリト做ス點ニ

ス、其量一定セズシテ實質ノ量ヲ超ヘ或ハ然ラズ、亦ハ軟骨樣組織ヲ包藏スルモノアリ、是レハ殊ニ上皮直下ニ在リ、

(第四)、細胞索條ハ實性ナルヲ常トスルモ、然レモ亦圓形ノ小角化竈ガ、汗腺類似ノ類腺空洞乃至一種脂肪變性類似ノ變性竈ガ同一索條ノ經過中ニ於テ甚ダ密ニ存在スルヲ認ム、

(第五)、汗腺腔ニ實性細胞索條撞突シ、腺表皮細胞ヲ腔內ニ壓排シ其ノ下ニ實性索ノ持續シテ侵入スル如キ像ニ接セリ、或ハ腺腔壁ノ細胞層ハ全ク外圍實性索條ニ占居セラレタル如ク、而シテ其內方更ラニ一列ノ腺上皮細胞ヲ附麗スル者等アリ

(第六)、毳毛々根鞘ニ持續セル細胞索條ノ端部ニ接セル結締織ハ毛乳頭ニ類似シ或ハ細胞索末端分裂吻開シテ內ニ骰子形結締織細胞群ヲ容レ、又ハ粘液樣組織ヲ擁圍ス、

(第七)、初期ト認メ得可キ腫瘍群ニ在リテハ、明カニ汗腺ト實性細胞索(毳毛々根鞘ニ持續スル)トガ各々割居シ、直接連續ヲ示サヾルヲ明カナリ、

○考　案

(第一)、本例腫瘍ハ何レニ其發生源ヲ求ム可キカ、

色ニ差異アリ、而シテ繼發的ニ撞突シタルニ過ギザル者ト認メ得ベキ等ノ像アルニ於テ、余ハ外表上皮細胞ガ本腫瘍發生ニ關與セリト認ムルヿ能ハザルナリ、腫瘍ノ像モ亦普通上皮癌トハ大ニ異ナル者アリ、

(第二)、皮脂腺、汗腺ハ本例腫瘍ノ發生ニ關與スルヤ否ヤ、

余ハ本例腫瘍組織内ニ於テ、殆ンド皮脂腺類似ノ像ニ遭遇セズ、或ハ實性索條經過中其小囊胞腔内ニ皮脂樣ノ物質ヲ認メズ、又ハ皮脂腺細胞類似ノ脂肪變性等ヲ示ス者ニ遭遇セズ、故ニ本例ニ於テハ皮脂腺ガ其發生ニ關與セシヤ否ヤヲ左マデ云爲スルノ要ナシトスルモ、之レニ反シテ汗腺ハ諸種ノ關係ニ於ヲ多ク吾人ノ注意ヲ惹起シタル者ナリ、

余ハ已ニ所見ノ記載ニ於テ次ノ事ヲ叙セリ、

(1)、腫瘍細胞索ノ經過中、明カニ汗腺ト認メ得可キ腺管像ニ遭遇セリ、然カモ實性細胞索條ハ直チニ汗腺分泌部ニ接續ス、

(2)、連續切片檢査ニ於テ、其一端明カニ汗腺分泌部ト認メ得可キ腺管ニ於テ逐次枚ヲ追フニ從ヒ其腺腔ハ頗ル廣大トナリテ囊腫狀ヲ呈シ、其際壁ノ細胞ハ數層ヲ重ヌルニ到ル、其最内層一列ノ細胞ハ分泌部腺上皮細胞ニ類ス、

於テ Jarisch 氏ノ所見ト其軌ヲ一ニスル者ト云フベシ然ラバ則チ是レヲ以テ本例腫瘍ノ發性點ハ究メ得タリト稱ス可キカ、

Brooke 氏ハ初期ノ腫瘍ニ於テ毛嚢ノ外尚皮層マルピギー氏層ニ起ル者ナリト主張シ〔Wolters 氏亦〕氏ノ所說ヲ狹意義ナリトシテ、其毛嚢表被ナルト、皮膚上皮ナルト、尚ホ他ノ皮膚附屬器ノ上皮ナルトヲ問ハズ、諸種ノ皮膚上皮性器ハ本腫瘍ノ形成ニ關與スル者ナリト做ス、Chanbard 亦然カリ廣意ニ解釋シ、表皮腫ノ一種ニシテ時ニ膠樣變性—石灰化—角化等諸種ノ變性ヲ營ム者ナリト稱ス、

余ノ例ハ果シテ丁氏所論ノ如ク單ニ一發生源ヲ認メ得タルニヨリ足レリト做ス可キカ、或ハ更ラニ他ノ組織發生ニ關與スル者アリト做ス論者ノ如ク解釋ス可キノ要アルヤ否ヤ、以下余ガ少シク說カントスル所ナリ、

（第二）外表皮膚上皮細胞ハ本例腫瘍ノ發生ニ關與スルカ、

本例ニ於テハ其皮膚上皮層ガ普通ノ厚サヲ保チ、毫モ違型增殖ヲ示サス、多數ノ實性細胞束ガ腫瘍成分ト皮膚上皮細胞トノ連續ヲ介スルト雖モ、連續切片檢査ニ於テハ此等實性索條ガ殆ンド常ニ毳毛々根鞘ニ一致シテ起ルヿ、偶々腫瘍細胞索條ガ皮膚乳頭間細胞束ト連續スル者ニ於テ、强擴大ニ於テ此等兩者細胞ノ形狀着

偶々索條ヲ爲シッヽ細胞ノ增殖スル結果ハ一部結締織ニ壓迫ヲ加ヘテ以上ノ觀ヲ呈セシムルヿ可能タル可シ、Brook, Wolters, Jarisch 氏等亦然カク解釋スル者ノ如シ、

以上兩種所見ノ對照ニ於テ(1、2、3)知ル如ク汗腺上皮細胞ガ本腫瘍發生ニ際シテ其主役ヲ演スル者トノ考察スル能ハザルハ明カナル如ク、少ナクモ實性細胞索條ノ增殖ニ當リテ繼發的ニ密接ノ關係ヲ示スニ到リシ者ト見做スヿヲ得ベシ、

本例腫瘍ハ已述ノ如ク外聽道ニ發生シタル者ナリ、而シテ外聽道ハ汗腺ノ一種タル耵聹腺ノ多數存在スル部位タリ、

然カク生理的已ニ汗腺ノ密存スル場合ナレバ本來ノ腫瘍成分ノ增殖ニヨリテ其ノ一局所ニ抑壓セラルヽヤ,却テ其成分增加シタルカノ觀ニ惑ハサルヽヿアル可シト雖,其發育初期ニ於ケル狀況ハ能ク此等關係ヲ明白ナラシムルニ餘リアリ

更ラニ發育シテ汗腺內ニ腫瘍成分ノ侵入スルヤ殊ニ兩者親密ノ關係ヲ示スニ到ルト雖,以上ノ如ク其初期ノ狀態ト及其連續ノ狀況トニ據リテ,自カラ其主客ヲ判別スルヿヲ得ベシ,是レニ由ッテ之レヲ觀レバ,汗腺ハ唯受働的ニ本腫瘍形成ニ關與セル者ナルヿヲ想察スルヲ得ベシ、

(3) 各細胞束ガ殆ンド基礎膜様結締織ニ依リ境セラルヽヿ、

以上所見ニ對シテ又次ノ所見アリ、

(1) 明カニ汗腺ト認メ得可キ成分ハ、多ク限局性ニ存在シ、而メ同一經過ヲ取レル細胞束狀中ノ兩者成分ハ頓ニ境スルヿ、殊ニ發育初期ノ者ニ在リテハ、實性細胞索條ヨリ成ル腫瘍群ノ間ニ限局性ニ介在シ、亦ハ汗腺管樣類似ノ像モ亦以上ノ關係ニ於テ割居ス、更ラニ最初期ノ者ニアリテハ、汗腺分泌部ハ實性腫瘍群ニ壓迫セラルヽノ狀ニ在リ、特ニ其限界明カナリ、

(2) 汗腺經過中囊腫狀ニ擴張セル壁ニ附麗スル數層ノ細胞ガ明カニ、外圍實性索條ノ細胞群ト直接連續アリ、即チ外圍ノ實性細胞索條ガ囊腫腔内ヘ侵入スルノ狀ヲ呈スルヿ、而メ内外細胞ノ性狀一致スルヿ、其最内層ニ尚腺上皮細胞列ヲ附着スルヿ等ノ狀況ニ徵シテ、外圍實性索條ガ腔壁ニ占居スル者ナリト想定スルニ難カラズ、

(3) 余ノ見タル固有膜樣結締織ハ、本腫瘍ヲ以テ汗腺腫瘍ト認ムル學者ノ一主張點タル眞ノ腺管基礎膜トシテ認ムルヿヲ得可キカ、

余ハ彈力纖維染色標本ニ於テ該部ニ明カナル纖維ノ存在スルヲ認ムル能ハズ

ニ於テハ間質結締織ノ性狀ニ等差アルコヲ叙述セリ其毛乳頭ニ類スル又ハ全ク毛乳頭ニ一致スル像ヲ示ス外層ニ於テハ其結締織細胞ノ性狀ハ主トシテ普通ノ毛乳頭ノ細胞ノ如ク(クロマチン)ニ富メル核ヲ有シ頗ル密集スル者ナリト雖中央腔緣上皮層ト上記細胞索(所在外層)トノ間ニ横ハレル往々少シモ細胞索ヲ含マザル所ニ於テハ粘液樣組織ヲ示スコ已述ノ如シ是等所見ハ實ニ毛乳頭形成ヲ見ル胎生兒時期ニ於ケル眞皮ノ狀態ヲ後天性新生物内ニ於テ再現セル者ト謂フ可ク頗ル興味アル現象トス又以テ本腫瘍ノ毛嚢上皮性ナルノ一論據トナス可シ此等粘液樣組織中元質ノ緻密トナリ一樣無組織ニシテ(エオジン)ニ淡染シ(フクシン)ニヨリ桃紅色ニ染ミタル硝子樣物質ヲ包擁スル者アリ此等硝子樣物質ハ軟骨細胞樣ノ大細胞ヲ具フル者アリ以テ單ニ粘液組織ノ化生ト認ム可キカ或ハ粘液組織ト共ニ多少ノ軟骨組織ノ基礎ヲ存シタル者ナルヤ否ハ斷スルコ能ハザレ𪜈當初軟骨組織アリ是レヨリ粘液樣組織ノ化生シタルニ非ラザルハ粘液樣組織ノミヲ存スル所多キト軟骨樣組織ノ存スル時ハ常ニ粘液樣組織ノ中央ニ在ルト純然タル軟骨組織ノ存セサルトニ由リテ明ナリ、

(第五)、本例ノ發生源因ハ如何、

――毛髪上皮腫ノ一例ニ就テ――

一面余ハ(第一)ニ於テ實性索條ヲ爲ス腫瘍主成分ガ Jarisch, Fordyce, Brooke, Kleibich 等ノ例ニ見ル如ク明カニ毳毛々根鞘ニ持續シテ發生スルコヲ認メ得タルニ於テ其常ニ索條ヲ形成スルノ性質アルニ於テ又ハ細胞索條尖端ニ接スル結締織ガ屢々毛乳頭ヲ形成スルノ像ニ遭遇スルノ點ニ於テ又ハ索條經過中頗ル多數ノ角化竈ヲ證明シ或ハ其中心ニ毛髪ヲ含有スル者アル像ヲ見タルノ點ニ於テ又ハ余ガ淺深ノ眞皮層内ニ多數ノ大小略ボ圓形ヲ成セル角化竈アリ時ニ該角化竈ガ實性細胞索ノ端部ヲ爲スコヲ證明シ得ル場合アリ(異物性巨大細胞其周圍ニ接シテ存スルアリ)換言スレバ該腫瘍細胞索ハ或ハ全ク角化變性ヲ營ミ或ハ角化ヲ營ミ得可キ性格ノ者タルコヲ知リ得タル等ノ諸點ニ於テ本腫瘍ハ違型的過冗ノ毛芽發生ノ意義ニ於テ解釋ス可キノ極メテ穩當ナルヲ信スルト共ニ汗腺上皮細胞ニ皮膚上皮細胞等ガ本例腫瘍ノ發生ニ關與セザルコノ事實ナルヲ信スル者ナリ即チ J氏ノ稱スル毛嚢上皮腫ニ一致スル者ナルコヲ知ル

(第四)本例腫瘍ノ間質ガ隨所ニ其性狀ヲ異ニスルハ如何

余ハ所見記載ノ條下ニ於テ腫瘍ノ發育進歩シタル部分殊ニ(甲)ノ部ニ於ケル間質ニ就テ別狀ヲ認メザレ𪜈其初期ノ狀ニ在ル「アテローム」樣陷凹腔周緣ノ腫瘍群

シ得ベキ、及脂肪變性ニ類スル一種ノ變性(所見條下參照)等ガ極メテ密接シテ存スルコ等ヲ記載セリ、此等諸像ヲ說明スルニ、未ダ分化セザル細胞ヨリ本腫瘍ヲ發生シ、而メ一方角化ノ性能ヲ現ハシ、一方皮膚附屬腺細胞樣ノ性能ヲ示スニ到リシ者ト爲スコト、極メテ解シ易キ途タル如シト雖、然レモ普通外表上皮細胞トハ多少性質ヲ異ニセル毛囊上皮細胞ガ腫瘍化スル場合ニ於テハ、一部ハ角化スルト共ニ一部ハ生理的ニ皮脂腺ヲ發生スルガ如ク、一種ノ腺樣造構ヲ交ユルニ到ルコト、又ハ脂肪變性樣變化ヲ呈スルコト(以上余ノ例ニ見タル如キ)、又ハ Chanbard, Philippson, Brooke, Wolters 氏等ノ例ニ見タル如ク同一囊腫內ニ角化物質ト及膠樣物質トヲ併存セシ如キ事實ハ、又以テ腫瘍細胞特種ノ變性ヲ示ス者ト見做シ得ザルニアラズ、即チ已ニ分化セル細胞ヨリ發生スル腫瘍ナルニ於テ以上ノ現象ヲ示スヲ以テ全然不合理ナリトノミ稱ス可カラザル者アル可シ、

又余ノ例ニ見タル如キ初期ノ狀ニ於ケル各腫瘍群ガ通常毛囊ニ起リ、更ラニ分岐シテ皮膚眞皮層ノ淺層ニ並列スル如キ事實ハ毫モ迷芽ニヨリ說明スルヲ要セザル者ナリ、然リ迷芽ニハ非ラザル可シ、而シテ毛囊腫細胞ハ外表上皮ニ發生スル表皮腫ノ如ク角化ヲ營ムノ傍ラ、一種特異ノ變性(膠樣變性等)又ハ特ニ腺樣造構ヲ

本例ニ於テハ不明ナリト言フノ外ナシ、Kleibich 氏ハ色素乾皮症ニ繼發シテ本症ヲ惹起シタリト記シ、京都角田隆氏ハ同シク色素性乾皮症ニ於テ顔面ニ多發セシ本症類似ノ症例(其ノ組織的記載ニヨリ余ガ認メテ類似セリト爲ス者ナリ)ヲ記載ス、本例ニ於テハ病歴ノ示ス如ク此等種類ノ疾患ナシ、

又ハ多數報告者ノ稱スル如ク、春機發動機ニ本症ヲ發スルコノ屢々ナルハ延ヒテ其發生源因ヲ先天性基礎ニ置クニ到レル所以ニシテ、或ハ未ダ分化セザル胎性的狀況ニ在ル細胞ヨリ、或ハ迷芽ヨリ起ル者ナリト倣ス、(Brooke, Fordyce, Dorst u. Derbanco, Quinquand, Török 氏等)獨リ Wolters ハ必シモ以上ノ源因ヲ要スル者ト倣サズ、又春機發動機ガ凡テノ胎生的ノ狀況ニ在ル細胞ヲ增殖セシム可キ刺戟トノ作用スルヤヲ疑フガ如シ、即チ春機發動機ニ於テハ全身諸器ノ細胞機能ヲ昂進セシム可キコト明カナルト共ニ、時トシテハ細胞增殖ニ依リテ、全ク迷芽ヲ以テ說クヲ要セザル腫瘍オモ發生セシムル者ナリト說ク、

本例ノ場合ハ如何ニ解釋ス可キカ、

余ハ所見條下ニ於テ同一細胞索條經過中二三ノ汗腺類似ノ腺樣像アリ、腔內膠質樣物質ヲ容ル、尙ホ一部ニ於テハ一索條中、角化竈ト汗腺類似ノ腔洞(汗腺ト區別

基礎ヲ以テ主要ナル者ト認ム可キガ如シ、且ツ(甲)ノ結節ノ乳嘴狀ニシテ上皮毛嚢ノ排列不正深ク眞皮中ニ侵入スル者アルト同時ニ夫ノ(乙)ニ於ケル「アテローム」樣陷凹腔形成トハ其先天性ナルヤ、將タ後天性ナルヤヲ判別シ難シト雖モ更ラニ腫瘍發生ニ第二因ヲ與ヘタル者ナランカ、

第五、結締織間質ガ細胞索ノ末端ニ於テ、或ハ骰子形細胞ノ集積スル毛乳嘴狀ヲナシ或ハ粘液樣造構ヲ示シテ胎生的眞皮ニ類シ、又軟骨樣性狀ヲ呈スル(化生)アル等、是等狀態ハ本例腫瘍像ヲシテ耳下腺混合腫瘍(內被細胞腫)ニ類似セシムル者アリキ、

稿ヲ終ルニ臨ミ、恩師山極敎授ガ貴重ノ材料ヲ惠與セラレタルコト、並ニ懇篤ナル指導ヲ下サレタルヲ深謝ス、

Literatur:

山極氏, 病理總論講義第七版;

土肥章司氏,「トリヒヨコビテリオーム」ニ就テ, 1905年;

土肥慶造氏, 毛嚢上皮種ノ一例, 1907;

角田池田兩氏, 色素性乾皮症ニ因スル多發性皮膚腫瘍ニ就テ, 明治三十八年;

交ユル者ト稱シ得ラル、ガ如クナレバ、說明上未ダ分化セザル迷芽細胞ヲ須タザルナリ、然レモ已ニ土肥章司氏ノ例ニ於テ腫瘍ノ全身ニ多發セルニ鑑ミ、迷芽ナラザル先天性過冗ノ毛芽基礎ガ本例ニ於テモ恐ラク主要ナル源因(內因)ナリシナル可シト思ハル、ハ、(甲)及(乙)腫瘍團ニ於テ、毛根鞘ヲ本幹トシテ分岐ヲ生シ、索條ヲ新生セル各腫瘍群ガ比隣多發セルコト、比較的初期ノ像ト認ム可キ部ニ於テ分岐ス可ク眞皮深層ニ下行スル毛嚢附近ニ於ケル組織ガ、粘液樣—軟骨樣ニシテ胎生時毛芽發生期ノ眞皮ヲ想像セシムル者アルコト等ノ事實ナリトス、

○結　論

第一、本例腫瘍ハ Jarisch ノ稱セル毛嚢上皮腫ニ一致スル者ナリ、

第二、本例毛嚢上皮腫ニ於テハ皮膚上皮細胞又ハ汗腺皮脂腺上皮細胞ガ腫瘍發生ニ關與スルニ非ラズシテ、全ク毳毛々根鞘ノ表被細胞ヨリ發生セシ者ナルコト明カナリ、

第三、本例腫瘍細胞ハ多クノ普通角化現象ヲ示スノ傍ラ、亦一種特異ノ變性(膠樣變性等)ニ陷レル事實アル如シ、

第四、本例ニ於テ其發生源因ヲ明カニスル能ハザルモ、恐ラク胎生的過冗ノ毛芽

Pick, W., Ueber das Epithelioma adenoides cysticum (Brooke) u. seine Beziehung z. Adenom d. Talgdrüsen (Adenoepitheliom), A. f. Dermat. u. Syph. 1901, Bd. 58.;

Herxheimer, Neoplasmen d. Haut. Lubarsch—Ostertag, Ergebnisse, Abth. 4. 1896.;

Pringle, Ueber einen Fall v. congenitalem Adenoma sebaceum, Monatsh. f. prakt. Dermat. 1890.;

Wolters, Epithelioma adenoides cysticum. A. f. Dermat. u. Syph. 1901, Bd. 56.;

Brooke, Epithelioma adenoides cyst. Monatsh. 1892, Bd. XV;

Caspary, Ueber Adenoma sebaceum, A. f. Dermat. u. Syph. 1991;

Crocker, Adenoma sebaceum, 1892.;

Petersen, Ein Fall v. multiplen Knäueldrüsengeschwülsten unter d. Bilde eines Naevus verrucosus unius lateris, A. f. Dermat, u. Syph. 1892.;

Török, Das Syringocystoadenoma, Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. VIII 1889.;

Philippson, Die Beziehung des Koloidmilium (Wagner), der koloiden Degeneration d. Cutis (Besnier) u. des Hydradenomes (Jaquet u. Darier) zu einander. Monatsh. f. prakt. Dermat. 1890.;

Hartzell, Das benigne cystische Epitheliom u. seine Verwandschaft mit d. sogen. Syringocystade-

Hansemann, Ueber path. Anat. u. Histol. des Karcinomes. Deutsche med. Wochenschr., 1901.;

Hauser, Gibt es eine primäre zu Geschwulstbildung führende Epithelerkrankung?, Ziegler's Beitraege, Bd. 33, Heft 1 u. 2.;

Kleibich, Ueber Geschwulste bei Xeroderma pigmentosum Kaposi, als Beitr. zur Kenntnis d, Medullarcarcinom d. Haut. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1901. Bd. 56. S. 123.;

Jarisch, Zur Lehre v. d. Hautgeschwülsten. Arch, f. Dermat. u. Syph. 1894, Bd. 28.;

Jarisch, Trichoepithelioma papulosum multiplex, Nothnagel's Specielle Path. u. Terapie. Bd. XXIV, 1900.;

Brauns, Ein Fall v. ausgebreiteten Schweissdrüsenadenom mit Cystenbildung. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1903, Bd. 64.;

Dorst u. Derbanco, Zur Anatomie der Strichförmig angeordneten Geschwulste. d. Haut (Akantoma bezw. Epithelioma adenoides cysticum u. „ Adenoma sebaceum " bezw. multiple umschriebene Talgdrüsenhypertrophien), Monatsh. f. prakt. Dermat. 1901, Bd. 33.;

Gassmann, Fünf Fälle v. Naevi cystoepitheliomatosi disseminat (Hydradenomes Jaquet et Darier etc.), ibid. 1901, Bd. 58.;

——チ就ニ例ノ腫皮上蓬毛——

Taf. II

第二圖板

Fig. 1

第一圖

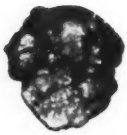
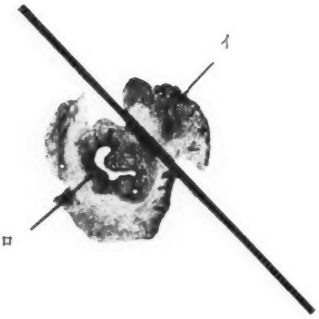


Fig. 2

第二圖



——毛嚢上皮腫ノ一例ニ就テ——

nom, Syringocystom u. Haemoangioendothelliom 1904.;

Pick, Ueber Hydradenoma u. Adenoma hydradenoides, V. A. 1904, Bd. 175.;

○圖　解、

第二圖板第一圖、摘出シタル腫瘍ヲ上方ヨリ撮影シタル者ニ略ボ自然大ニ

第二圖板第二圖、切片標本ヲ摸寫シタル者ニシテ(イ)ハ(甲)腫瘍トシテ(ロ)ハ(乙)腫瘍トシテ記載シタル者ナリ、ニ約二倍大ニ

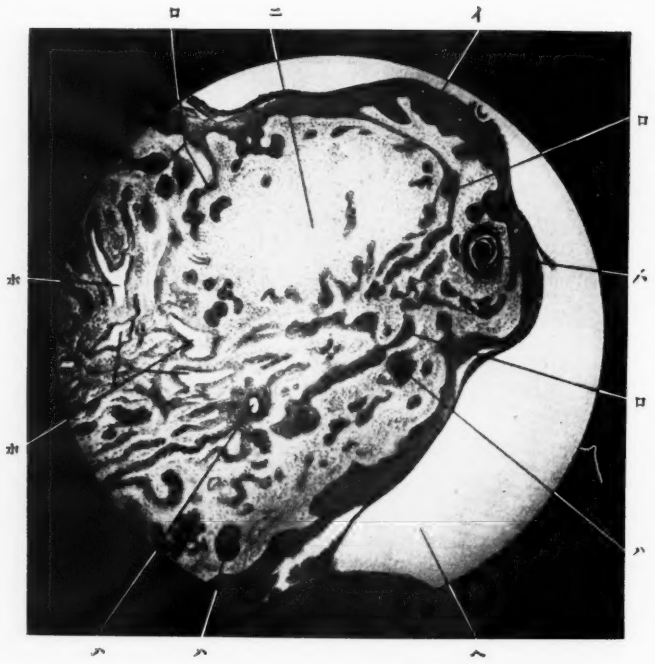
第三圖板第三圖、(乙)腫瘍ノ「アテローム」樣嚢腔(ヘ)ニ瀕スル一部分ニメ(イ)ハ皮膚複層偏平表皮(ロ)ハ連續切片ニ於テ毳毛根鞘ト直續スル細胞索條(ハ)ハ同上索條ノ經過中、中心部ニ見ル圓形角化竈ニメ、中ニ毛髮切面ト同樣ナル者ヲ容ル、者アリ(ハ)ハ眞皮層ノ淺部ニ見ル全部角化セル者、(ニ)ハ眞皮層ノ淺部ニ存スル粘液樣硝子樣組織(ホ)略ボ一所ニ群居スル汗腺樣腔(ヘ)ハ「アテローム」樣腔、ニライツ氏顯微鏡接眼1、接物7、ニ

Taf. III

第三圖板

Fig. 3

第　三　圖



○擴張食道壁ニ發生セル癌腫ノ一例ニ就テ

(Ueber einen Fall von Krebs aus der dilatirten Oesophaguswand)

—第四—第五圖板—

日本赤十字社病院長
宮中顧問官 醫學博士 子爵 橋本綱常

(本論ハ恩師ゲルハルト先生七十歳ノ祝賀論文集ニ寄稿スルヲ期シタリシモ師ハ六十九歳ニシテ此世ヲ去リ祝賀論文編纂ノ擧ハ從テ中絶スルニ至リ本論亦空シク筐底ノモノナラントセリ、然ルニ頃者由極博士ハ最モ緊要ニシテ然カモ難中ノ難事タル癌ノ研究ニ從事セラレ且ツ業報「癌」ヲ主宰セラルヽト聞キ本論亦多少斯學ニ關スルモノアルヲ以テ茲ニ舊稿ヲ補正シ本業報紙上ニ公ニシテ博士ノ擧ニ贊意ヲ表スルコトヽナシヌ、)

○序　言

實ニ本論ハ予ガ二十二年前ノ實驗ニ係リタルモノニシテ爾來學者ノ報告ハ各方面共ニ夥シク精ヲ極メ微ヲ漏サヽルノ概アリ然カモ食道擴張症ニシテ器質的狹窄無キモノ即チ所謂特發性食道擴張症ニ至リテハ其症例報告比較的少ナク曩

ノ一部ニ食物停滯シ胃中ニ下ラサルノ感覺アリテ時々酸敗ス然レ𪜈食物ヲ取ルノ際醋ヲ飮用スルキハ容易ニ嚥下シ得タリ爾後食物停滯ノ症ハ一層增進シ患者二十三歲(千八百七十二年)頃ニハ平素ノ食物ヲ取ルコト克ハサルニ至レリ然レ𪜈久時持續シテ此困難症アルニ非ラス時トシテハ平常ト異ナラサルコトアリ故ニ未タ醫治ヲ乞フニ至ラサリキ、患者三十五歲(千八百八十四年)ノ頃初メテ醫療ヲ受ケ食道「ブージー」ヲ挿入スルコト二三週日ニシテ食道ノ一部ニ狹窄アルコヲ確知セリ(當時予歐洲ヘ再航ノ途次汽車中偶々患者ニ遭遇シ其症狀ヲ訴フルヲ聞キ在橫濱ノ蘭醫 Dr. Beukeman 氏ヲ紹介シ「ブージー」ノ挿入ヲ受ケシメタルナリ)翌年(即チ患者三十六歲)ニ至リ狹窄症狀尙治セサリシヲ以テ再ヒ「ブージー」ヲ用ユルコト二ケ月餘更ニ効驗ナク却テ狹窄ノ上部ニ當リ食道ノ一部膨脹セル者ノ如ク時トシテ一回ノ食物皆此ニ滯積スルノ感アリ爾來著ルシキ症狀ナキモ嚥下困難依然トシテ存シ食物ノ胃中ニ下ルコト少キニ由リ身體漸ク衰弱セリ、

患者三十七歲即チ千八百八十六年ノ十二月遊獵シ或ル民家ニ宿セシカ食物不良ノ爲ニ由ルカ甚タシキ胃痙ヲ發シ翌朝ニ至リ血液ヲ混スル酸敗液一コップ許ヲ吐出セリ爾後今日ニ至ル迄狹窄症狀依然トシテ粘液濃汁樣ノ惡臭ノ者ヲ吐出

キニ Neumann 氏ノ調査ニ由レハ千九百年迄ニハ僅カニ七十餘例ヲ算スルニ過キスシテ爾後此種ノ報告無キニ非ラザレモ甚ダ多カラザルガ如シ即チ一般ニ稀有ナル部類ニ屬スルコトハ信スルヲ得ベシ既ニ此擴張症ノ稀有ナルニ更ニ本例ノ如ク其擴張食道壁ニ癌腫ノ發生シタルモノニ至リテハ假令 Kraus 氏ガ時ニ此種ノ食道擴張部ニ癌腫ノ併發スルコトアルベキヲ唱道シ Johnson 氏ハ明カニ之レガ症例ヲ記載シタリトハ云ヘ極メテ少ナクシテ只之レニ稍似タル Ritter 氏及ヒ其ノ他ノ人ニ由ル牽引性盲囊中ニ癌腫ヲ發生セル報告例以外ニハ予ノ寡聞ナル未タ此種ノ報告ニ遭遇セス之レ蓋シ罕テ恩師ゲルハルト先生ガ本例標本ヲ目シテ珍トセラレ本論ノ發表ヲ慫慂セラレタル所以ナルベシ、思フニ癌ノ原因ニ就キテハ今尚未知ニ屬スト雖モ必スヤ其發生スルニ當リテハ慢性反復性刺戟ノ働ヲ要スベキハウイルヒョウ氏以來多數學者ノ認ムル所ナルベク本例ノ如キハ實ニ克ク之レニ適合スルモノアルナリ、

○實驗例

河野某　官吏三十九才ノ男子、

（既往症）稟賦健全ニシテ著患ヲ知ラサリシモ十九歳（千八百六十八年）頃ヨリ食道

サハ三六仙迷ナリ其嚢内ニ入ル消息子ノ球狀運動ハ確實ニ知リ難シ而シテ患者ハ自カラ消息子ノ挿入ニ習熟シテ胃中ニ達スル道ト嚢中ニ入ル路トヲ知ルモノ、如ク且飲液モ之ヲ嚢内ニ留メント欲スレハ之レヲ留メシムルヲ得ベク更ニ之ヲ胃中ニ下サントスレバ身體ヲ動搖シテ下スヲ得ベク又嚢内ノ含有物ヲ吐出セント欲スレハ咽頭ヲ刺戟スル迄モナク自由ニ吐出スルヲ得ベシ、

（經過及ビ治法）入院後毎朝一回ノ嘔吐ヲ例トシ其量ニ多少ハアレ共常ニ百瓦以下ニシテ時トシテハ「シガコラーデ」樣時トシテハ水樣泡沫狀ナルコトアリ亦時トシテハ多量ノ血液ヲ混スルコトアリ今其「シガコラーデ」樣ノモノニ就キ理化學的性狀ヲ陳ブレバ次ノ如シ、

色「ショコラーデ」狀、反應酸性、臭氣惡臭ヲ放チ夥多ノ沈澱物アリ、

化學的性分トシテハ脂酸及血液色素等アリ（遊離鹽酸ナシ）、

有形性分トシテハ扁平上皮、膿球、桿狀菌、球狀菌及ビ連球狀ノ醱酵菌ヲ含有ス、

而シテ此等ノ諸物質ハ毎回殆ンド之ヲ見サルコトナシ只時ニ應シテ各成分ノ量ヲ異ニスルノミ入院第七週頃ニハ血液ヲ混スルコト著明トナリタリ、

體温ハ常ニ三十七度内外ヲ昇降シ、體重ハ入院時四八六〇〇瓦ニシテ在院七週間其間多少ノ增減ヲ見ルコトアリシモ退院前一週間ニ於テハ四八五二〇瓦ヲ示セリ、排泄物ハ入院當初ヨリ特ニ異常ナカリキ、

入院第七週間目ニ至リテハ漸次衰弱ヲ來タシ且ツ脚氣症ヲ混シ來リ加之時亦向暑ナルヲ以テ轉地療養ノ爲メ退院セシメタリ、

スルコト毎日數回加之時々血液ヲ混スルコトアリ而シテ食物ハ流動物ト雖モ一滴モ胃中ニ下ラサルコトアリ然カモ或ル固形食物ノ容易ニ通過スルコトアリ便通尿利異常ナク亦其成分ニ於テ著變ナカリキ、

翌年五月(三十八歳)右ノ症狀ヲ以テ入院治ヲ乞フ、

(現症) 體格中等ニシテ皮膚稍蒼白少シク貧血ノ狀ヲ呈シ皮下脂肪及筋肉ノ發育充分ナラス顏面頸部ニ異狀ヲ認メス一般ニ稍羸痩スルノミ胸腹ノ理學的診斷上又異常ナシ水ヲ嚥下セシムルニ或ハ食道ノ一部ニ留滯スルコトアリ或ハ容易ニ胃中ニ下ルコトアリ而シテ飮液食道ノ一部ニ留滯スルモ頸部ニ於テ腫脹ヲ發スルヲ見ス又患者自カラ食道ノ一部ニ留滯スル飮液ヲ胃中ニ下サントスルキハ身體ヲ動搖捻轉シ一種名狀スベカラサル形狀ヲナス其際飮液ハ一種ノ音ヲ發シテ胃中ニ下ル又炭酸曹達酒石酸ノ合劑ヲ飮用セシムルモ頸部ニ腫瘍狀ノモノ膨出スルヲ見ス又打診上著ルシキ鼓音ヲ發スル部ヲ認メス然レモ沸騰散胃中ニ入ルキハ胃部忽チ膨脹シテ臍下ニ達スルヲ目視シ得ベク又打診上ノ所見モ同一ナリ食道「ブージー」ヲ挿入スルニ或ハ胃ニ達スルコトアリ或ハ食道ノ膨脹部ニ入リ胃中ニ入ラサルガ如キコトアリ而シテ口門ヨリ食道ノ膨脹部ニ達スル消息子ノ長

手拳大ニ達シ其レヨリ下方ニ至ルニ從ヒ其度ヲ減スルモ尙擴張ヲ示シツヽ胃ノ噴門部ニ移行スルニ反シ上方ニハ漸次狹マリテ遂ニ普通大トナルヲ見ル而ノ氣管乃至氣管支又ハ大動脈等トノ癒着乃至瘻管形成ヲ見サレ𪜈肺ノ一部ガ堅ク膨隆部ト癒着セルヲ見ル而シテ後縱隔竇下部並ニ噴門部ニ於ケル淋巴腺ハ超鳩卵大以下ニ腫脹シ割面灰白色ヲ呈スル點竈アル𪜈一般ニ髓樣ニシテ時トシテハ其中心潰滅セルモノアリ、

(內面所見)、癌樣變性部ト否癌樣變性部トヲ分チテ記載スベシ、

(A) 癌樣變性部、此部ハ氣管分岐部ノ稍上方ニ初マリ噴門部ニ至ル部分ニシテ其長徑十五仙迷ニ達シ其最上部ハ幅徑八仙迷最廣幅徑九、五仙迷ニシテ氣管分岐部ノ稍下方ニアリ而シテ漸次幅員狹マク噴門部ニ至リテ七、五仙迷ニ減少ス而シテ殆ンド全部潰瘍面トナリ凹凸不平粗糙ニシテ破碎セル組織片ハ絨毛狀トナリ「アルコール」中ニ於テ飄然片絮トシテ動搖スルヲ見ルベシ而シテ其上方健康食道粘膜ト接スル部分ハ之レト互ニ入リ亂レテ鋸齒狀ヲ呈スルモ其ノ大體ニ於テハ其前壁ニアル腫瘍部分ハ高位ニ進ミ恰カモ山形ヲ構成セリ而シテ此邊緣ニ於テハ一般ニ稍肥厚シ扁平ナル疣狀ニ隆起シ未ダ全ク潰瘍ニ陷ラザルヲ見ル、噴門ト

治法トシテハ專ラ滋養食物ヲ採ラシメ醱酵制止ノ目的ヲ以テ水楊酸水ヲ以テ胃洗滌ヲ行ヒ次テ之ヲ食鹽水ニ改メ更ニ「チモール」水ヲ用キ其他興奮强壯ノ目的ヲ以テ「ポルト」酒等ヲ處シ出血アルニハ止血劑ヲ處シ安靜ヲ保タシメタリ、

退院後ハ予ハ直接ニ之ヲ診セサリシモ飮食攝生總ヘテ入院中ト同シカラシメ療養怠ラサリシ今其際ニ於ケル主治醫(小西氏)ノ記セル症狀ヲ摘記スルニ食物嚥下ノ狀ハ入院中ト異ナルコトナク死前一ケ月ニ至リテハ却テ食物ノ稍ヨリ良ク通スルヲ認メタリ然レ𪜈食機ハ常ニ振ハスシテ時々腹痛アリ次テ頑固ナル下痢ヲ發シ體重ハ次第ニ減少シ、吐出物ハ入院中ト異ナルコトナク偶ハ水樣ニシテ臭氣甚シク不消化物ヲ混シ遂ニ輕度ノ全身浮腫ヲ發シ(尿ヲ檢スルニ異狀ナシ)衰弱漸次加ハリ退院後十一ケ月ヲ經テ千八百八十八年四月三十九歲ヲ一期トシテ死亡セリ全經過二十一ケ年ニ相當ス、

○本例食道ノ肉眼的性狀

本例ハ既ニ述ベタルガ如ク今ヲ去ル二十餘年前ノ實驗ニ屬スルモノニシテ其當時病體解剖ヲ實施セント欲スルハ頗ル至難ノ事ニ屬シ本屍ノ如キ其近親ニ懇請シ僅カニ其許諾ヲ得夜間窃ニ其家ニ至リ局所ヲ剔出セシモノナリ從テ本例ニ屬スル屍ハ其局所以外ハ之レヲ審査スル克ハス隔靴瘙痒ノ感ナキ克ハサリシナリ、

(外面所見)、長徑二十五仙迷ヲ有シ氣管分岐部ノ直下ニ於テモ尤モ膨隆シ殆ンド

ハ知ルベカラス)アリテ之ニ繼發セル食道擴張症ニ適シ只稍異ナルハ其内面ニ癌腫ヲ發生セル部分ヲ存スルコト之レナリ是レ患者十九歳ヨリノ經過ニ鑑ミ當初ヨリ癌腫アリテ其頽敗ニ基ケル壁ノ抗抵減弱ニ隨テ擴張ヲ來タシタルニ非ラス、否今日不明ノ噴門狹窄ニ因スル繼發性擴張食道壁ニ後ニ到リ癌ノ發生セル者ナルヤ論ナシ、

○顯微鏡的所見

予ハ近頃丸山氏ニ囑シ更ニ顯微鏡的檢査ニ供スベク癌樣變性部ノ稍中央ヨリ(原發竈ニ近カヽルベシト信シ)及ビ上下ノ健康部ヘノ移行ノ部分ヨリ各切片ヲ採リ其他噴門部ニ於ケル腫大セル淋巴腺及ビ食道擴張部前壁ニ癒着シアリシ肺ヨリモ切片ヲ得之ヲ「ヘマトオキシリン、エオヂン」ノ複染法及ビヴハン、ギーソン氏法ニ由リテ染色セシメタリ、今其所見ノ大要ヲ記述スレバ左ノ如シ、

一、腫瘍ノ稍中央ヨリ得タル切片ノ所見、

切片ノ一方即チ食道腔ニ向ヘル部分ハ腫瘍實質ノ厚層ヲ成シ其淺層ハ一般ニ碎片絮狀ヲナシ不整ニシテ色素ニ由リテ染色セス其深層ハ直チニ筋層殊ニ縱走筋ニ接シ粘膜及ビ粘膜下層ハ凡ベテ腫瘍ニ由リテ占居セラル、腫瘍細胞ハ相集マ

ノ境界ハ亦鋭利ニシテ同樣ニ此部分ノ肥厚スルヲ見ルモ何レモ潰瘍面トナレリ而シテ只一部此潰瘍及ヒ浸潤ハ胃ノ小彎ニ沿フテ其左側ニ普及セリ、中央ノ潰瘍面ヲ有スル擴張食道壁ハ厚薄不等ナレ𪜈一般ニ稍肥厚セルガ如キモ其前面ノ殊ニ膨隆セル部分ニ於テハ稍薄層トナレルヲ認ム、

(B)、否癌樣變性部、此部ハ氣管分岐部ノ稍上方ヨリ以上ノ部分ニシテ其最下端ニ於ケル幅徑ハ八仙迷ニシテ夫レヨリ以上漸次狹マリテ環狀軟骨下緣ニ於テ四仙迷ヲ算セリ此部ノ粘膜ハ滑澤ニシテ長徑皺壁ヲ呈シ筋膜ハ其厚徑二密迷ヲ算ス、

其他本標本ニ附着セル胃ハ前記ノ食道ニ接シタル一部ノ癌樣變性セル外著變ヲ認メス、

之ヲ要スルニ食道ハ一般ニ擴張シ氣管分岐部ノ稍下方ニ於テ最モ擴カリ上方ニ至ルニ從ヒ漸次擴張ノ度ヲ減シ下方ニ向テハ其減少ノ度著ルシカラス大體ニ於テ稍德利形乃至不正紡綞形ヲ呈スルモノニシテ其內面ノ大部分ハ癌腫變性シ潰瘍ニ陷リ噴門乃至噴門上部ハ現在狹窄ヲ示スコトナク却テ同樣ニ稍擴張セルモノナリ即チ之レヲ既往症ニ對照シテ噴門部乃至其上部ニ一種ノ狹窄ノ性狀今

ノ部分ニ移行スルニ從ヒ粘膜ハ粘膜下筋層ニ至ル迄消失スルニ至リ腫瘍ハ粘膜下結締織ノ部位ニ浸潤シ尙此部分ニ於テハ筋層ハ其固有ノ地位ニ稍肥厚ヲ示スニ過キサルモ漸次ニシテ輪狀筋ハ其排列不規則トナリテ遂ニ深部ニ向テ浸潤發育シ來タル腫瘍細胞索間ニ入リテ結締織ト共ニ腫瘍間質トナルノ狀ヲ呈スルヲ見ル其他一般ニ前標本所見ト大差無ク只稀ニ血管ノ腫瘍細胞ヲ充塡セルモノアルヲ認ム、

三、下部胃壁ヘ移行スル部分ニ於ケル切片所見、

前記第二切片ニ於ケル關係ト稍似タレモ移行狀態ノ少シク急激ナルヲ異ナレリトス而ノ胃部ニ於ケル變化ハ只胃粘膜下結締織中ニ單ニ輕度ノ圓形細胞群ノ血管周圍ニ存スルヲ見ルノミ食道ノ胃ノ噴門ニ接スル部分ニ於テハ粘膜下結締織內ニ輕度ノ腫瘍細胞浸潤ヲ見ルノミナルモ其上部ハ既ニ直チニ筋層ヲ胃カスノ狀態ヲ見ルヲ得ベク然カモ筋層ノ胃カサル、コト著ルシクシテ縱走筋ニ迄及ヒ且ツ之レヲモ通過シテ食道周圍結締織ニ迄及ベルモノアリ而シテ此部ニ於ケル結締織ハ著シク肥厚ノ狀態ニアリ(原發竈ニ近キ者ト認ムベキカ)

四、噴門部周圍ニアリタル腫大セル淋巴腺ノ切片所見、

リテ形狀大小不正ニシテ長短區々ナル索狀ヲナシ此細胞索ノ周圍ニハ狹キ結締織間質ヲ存スル而メ外方ニ於テハ輪走筋纖維ガ結締織ト共ニ間質トナレルヲ見ル細胞索ヲ構成セル細胞ハ圓形乃至長圓形ノ核ヲ有シ大小不同ニシテ其排列不秩序ナルモ一般ニ周圍ノ間質ニ接スル部分ハ稍長圓形細胞列ヲ示シ細胞索ノ中央ニハ角化シ又ハ角化セントセル大ナル腫瘍細胞ノ存シ往々葱球狀ヲ呈セルヲ見ル即チ所謂癌眞珠ヲ構成セリ但シ多クノ表皮癌ニ於ケルカ如ク角質層ノ疊重著シキモノナシ而シテ周圍ノ間質結締織内並ニ腫瘍細胞間ニ著ルシキ單核乃至多核ノ圓形細胞ノ浸潤セルヲ見ル其他標本ニ現ハレタル血管壁ハ稍肥厚シ周圍ニ圓形細胞浸潤ヲ伴フモノアリ又神經ハ殆ント異常ナキモノヽ如クニシテ周圍ニ腫瘍細胞ノ浸潤著シキモノアルニモ係ラス神經周圍鞘内ニハ及バサルモノヽ如シ、

二、上方健康部トノ移行部ヨリ得タル切片ノ所見、

切片ノ一方ニ於テハ上皮ハ剝脫セルモ尙所々塊狀トナリテ附着シ粘膜下筋層及ヒ結締織層ハ輕度ノ圓形細胞ノ浸潤ノ外著變ナク筋層又變化ナク只少シク肥厚セルヲ認メ且ツ此部ニハ外層ニ横紋筋ノ既ニ存在セルヲ認ム而シテ漸次腫瘍

テ食道内面ニ沿フテ擴カリ下部胃壁トハ比較的鋭利ニ境シ上方健康部トハ稍緩徐ニ移行シ外面ニ向テノ進行ハ筋層ヲ通シテ食道周圍結締織ニ迄及ヒ且ツ附近ノ淋巴腺ニ轉移セルモノニシテ食道前壁ニ癒着シタリシ肺ノ一部ニハ轉移ノ像更ニ無クシテ肺自己ハ慢性間質性肺炎ノ像ヲ呈シ腫瘍トハ特殊ノ關係ヲ有セサルモノヽ如シ、

○考　案

本例ニ於テ吾人ハ臨床上死前二十一年ニ食道ノ一部ニ狹窄恐ラク同時ニ其上部ニ擴張ノ存セリシコト末期ニ於テ其部ニ潰瘍ノ生セルコトヲ知リ死後局所剔出ニ由リテ食道ノ著ルシク擴張セルコト其ノ擴張部内面ニ沿フテ癌腫性浸潤並ニ潰瘍ノ存在セルコトヲ學ヒ然カモ解屍ノ頃ニハ臨床上期待シタリシ狹窄ハ既ニ之ヲ證明スル克ハサリシ而シテ之レガ顯微鏡的所見ニ由リテ明ニ擴張壁腫瘍ノ表皮癌ナルコト及ヒ其ノ附近淋巴腺ニ轉移ヲ生セルコトヲ知レリ、

由來食道癌ハ昔時信セラレタル如キ比較的稀有ナル疾患ニ非サルコトハクラウス氏ガ其著書ニ於テ食道癌ハ凡ベテノ癌腫中其頻發ノ度第五位ニアリト云ヒタル如ク吾人モ亦屢々之レニ遭遇スルコトアルニテモ明カナリ、

殆ント全部腫瘍組織トナリ只僅カニ一部本來ノ淋巴組織ヲ有スルニ過キス而シテ表面ハ稍厚キ結締織ヲ以テ被ハレ内部ハ比較的僅少ノ結締織間質ヲ伴フ腫瘍細胞索ヨリ成リ細胞索中所々ニ癌眞珠ヲ構成セルヲ見ル而シテ腫瘍組織ト淋巴組織トノ間ハ厚キ結締織ニ由リテ境セラレ恰カモ癌ガ淋巴腺中ニ轉移シタリト云フヨリハ各別箇ニアリシ癌組織ト淋巴腺トカ結締織ニ由リテ單ニ結合セラレタルガ如キ觀ヲ呈スルヲ見ル、此等結締織中ニハ多少ニ係ラス圓形細胞ノ浸潤アリ、

五、食道擴張部前壁ニ癒着セル肺ノ切片所見、

切片何ヅレノ部分ヲ見ルモ腫瘍轉移ノ跡ヲ見スシテ一般ニ胸膜ハ稍肥厚ノ狀態ヲ呈シ、肺組織内ニ於テハ血管周圍ニ於ケル結締織ハ驚クベク著ルシク肥厚シ其他肺胞周圍ニ於ケル結締織モ亦稍肥厚シ肺胞内多クハ剝離セル上皮細胞ヲ充タシ且ツ著明ナル圓形細胞浸潤竈アリ之レハ血管ノ附近ニモ又然カラサル部分ニモ存ス之ヲ要スルニ本切片所見上ヨリスレハ慢性間質性肺炎ノ像ヲ呈スルモノナリ、

以上各切片ニ於ケル顯微鏡的所見ヲ綜合スレハ本例ハ明カニ食道表皮癌ニシ

然レ𪜈食道癌ハ其發生狀態ノ島嶼狀、帶狀乃至瀰蔓性浸潤性等ノ何ツレニモセヨ多クノ場合ニハ先ツ食道狹窄ヲ招來スルモノナリ尤モ時トシテ狹窄ヲ示サヽルコトアリト雖𪜈斯ハ寧ロ多カラス末期ニ於ケル擴張モ亦決シテ著シキ者ニ非ラス而シテ本例ノ如ク管ニ狹窄ヲ示サヽルノミナラス却テ其部ヨリ食道全部ノ擴張シ然カモ此擴張ガ既ニ癌腫ノ發生前ニ存シタルガ如キモノハ極メテ稀有ニシテ既ニ序言ニ說述セル如ク史上多ク見ルヲ得サルガ如シ即チ予ハ本例ヲ以テ不明ノ狹窄上部食道擴張壁ニ癌腫ノ發生シタルモノト思惟ス今次ニ之ヲ詳論セント欲ス、

（第一）、本例ハ果シテ特發性食道擴張症ニ繼發セル癌ナルカ、

特發性食道擴張症トハ臨床上多ク長年月ノ經過ヲ取リ其間嚥下障害ヲ催起スルモノニシテ患者ハ之レガ爲ニ死スルコトアリ之レガ解剖所見ハ食道管ノ平等性擴張並ニ肥大ヲ示シ管腔中特ニ噴門部ニ狹窄ナキモノヲ稱ス而シテ之レガ形態的乃至原因的關係ヨリ人之レニ平等性（gleichmässige-diffuse）或ハ單純平等性（einfachegleichmässige）或ハ紡綞狀（spindelförmige）或ハ囊狀（sackförmige）食道擴張症トナシ又之レニ解剖的乃至器質的狹窄無キ（ohne anatomische-mechanische Stenose）等ノ語ヲ附

擴張食道壁ニ發生セル癌腫ノ一例ニ就テ

明治二十年一月ヨリ明治三十一年六月ニ至ル十一ケ年半ニ於ケル日本赤十字社病院ニ於ケル入院患者總數六千七百十五人中癌腫患者二百十六人即チ三、二一六%ニ相當シ內食道癌十八人ヲ有シ全患者ニ對シ、〇、二六八%トナリ癌腫患者總數ニ對シ八、三三%ニ相當ス而シテ胃癌尤モ多ク子宮癌之ニ次キ食道癌ハ直腸癌ト共ニ第三位ニアリ、

同期間ニ於ケル予ノ診察所ニ於ケル診療患者總計七千百三十七人中ニ於ケル癌腫患者總數九十三人ニシテ全患者數ニ對シ一、三〇三%ニ相當シ內食道癌十五人アリ全患者數ニ對シ〇、二一〇一%ニシテ癌腫患者總數ニ對シテハ一六、一二九%ニ相當ス而シテ胃癌尤モ多ク食道癌ハ第二位ヲ示シタリ、

尙明治二十二年ヨリ同三十年ニ至ル九年間ニ於ケル醫科大學病理學教室ニ於ケル病體解剖數千五百六十一體中癌腫患者六十一體ニシテ全數ノ三、九一%ヲ占メ內食道癌四體アリ之ヲ全病體數ニ對スレハ〇、二五六%トナリ癌腫ノ六十一體ニ對スレハ六、五五七%ニ相當ス而シテ同シク胃癌尤モ多ク肝臟癌之ニ次キ食道癌ハ第三位ニアリ、

食道癌ニ於ケル男女ノ關係ヲ見ルニ赤十字社病院入院ノモノ十八名中及ヒ予ノ診察所ニ於ケル十五名中各一名宛ノ婦人ヲ見タルノミ餘ハ凡ヘテ男子ニシテ醫科大學病理學教室ニ於ケルモノハ全部男子ナリキ、

次キニ明治二十二年ヨリ十一年半ノ期間ニ於ケル赤十字社病院ノ入院并ニ外來患者中食道癌患者四十五名(內男四十女五)ニ就キ其發生部位ヲ上中下各三分ノ一部ニ分ツ時ハ下部ニ於ケルモノ二十八人即チ六二、二二%中部ニ於ケルモノ七人即チ一五、五五%上部ニ於ケルモノ十人即チ二二、二二%ヲ示セリ、

ルコトハ極メテ稀ニシテ且ツ二十餘年間ノ長經過ヲ保チ得ルコトハ殆ント之レナク加之之レガ組織的所見ニ於テ新鮮標本ニ非ラサルガ故ニ核ノ分劃像コソ不明ナレ其間質ノ比較的乏シキコト又其ノ蔓延ノ狀ヨリ見レハシカク慢性症トモ見ルベカラサルモノアルヲ以テ初メノ狹窄ハ少クトモ癌自己ノ爲メニ起リタルモノニ非ラサルハ明白ナリ唯吾人ハ性質不明ナル狹窄ガ癌發生等ノ爲メ其存在ノ疑ハシキ迄ニ消失セルヲ遺憾トス、

尙考フベキハ食道盲囊ト見ルベキカ否カナリ本例ニ於テハ擴張部前壁ニ當リテ堅ク癒着セル肺組織ヲ見此肺組織ハ慢性間質性肺炎ノ像ヲ呈シ多少無氣萎縮ノ狀態ニアリタリ故ニ此際所謂牽引性盲囊ノ成立ハ考ヘラレサルニ非ラズ、然レ𪜈肺ノ癒着セル部分ハ極メテ小部分ナリ若シ爲メニ食道ノ擴張ヲ招來セリトスルモ限局性一部ノ擴張ニ過ギサルベキハ明ニシテ斯クモ平等ニ擴張セラルベキモノニ非ラズ當本例ニ於テ食道前壁ノ後壁ニ比シテ膨隆稍高度ナルハ一部肺ノ牽引力ニ由リタルモノナルコトハ信スルヲ得ルナリ、

其他本例ハ亦 Luschka 氏等ノ先天性畸形トシテ主張セル前胃乃至噴門前房(Vormagen-Antrum cardiacum)ト稍似タルモノアリ(東京大學病理學敎室ニ於テハ嘗テ先天

シ又ハ麻痺性食道擴張症 (paralytische Dilatation des Oesophagus) 等ノ名稱ヲ附シタリ本例ハ外觀稍紡綞狀或ハ德利狀ヲナセル食道擴張症ニシテ現在認ムベキ狹窄ノ存セサルノミナラズ狹窄ヲ想像シ得ル噴門部モ亦寧ロ多少ノ擴張ヲ示スモノナルガ故ニ予ハ之ヲ特發性食道擴張症ニ列セシメント欲スルナリ只併シ此場合食道壁肥大ノ度著ルシカラサルモノアルモ斯ハ癌ノ合併潰瘍ノ生成ハ多少正型的ナル能ハサラシムルモノアリト見ルヲ得ベケン乎、

抑モ本例患者ガ初メヨリ狹窄症狀アリテ食道ノ一部ニ食物停滯シ時々酸敗シ嚥下稍困難ヲ感シ發病後五年ニシテ稍其度ヲ進メ發病後十七年ニシテ初メテ醫治ヲ受ケ狹窄ノ存在ヲ認メラレタルモノニシテ爾後數年ヲ經タル死後ノ所見ト全ク相反スルトハ云ヘ或ハ初メヨリ器質的狹窄ノ存在シタルモノト考ヘラレザルニ非ラズ而メ本例ニ於テハ其他ノ食道狹窄ヲ誘起スルニ足ルベキ原因ヲ缺クガ故ニ先ヅ以テ癌ノ發生ガ初メ狹窄ヲ起コシ之レガ末期ニ於テ食道癌ニ由ル狹窄ノ多クノ場合ノ如ク潰瘍性破壞性病機ニ由リテ狹窄ノ跡ヲ滅スルニ至リタルモノトモ一應見ラレサルニ非ラズ、然レモ假令 Heimann 並ニ Stewart 氏等ガ一二ノ妙齡ノ女子ニ食道癌ヲ經驗シタルコトアリト雖モ斯クモ少壯時期ニ癌ノ發生ス

炎ニ歸スベク或ハ食道ノ麻痺モ之ニ關スルナラント稱シ千八百八十一年 Strümpfel 氏ハ食道痙攣ト食道ノ紡錘狀擴張トノ關係ヲ論シ翌年 Mikuliz 氏ハ食道鏡ノ所見ニ由リ痙攣性狹窄ガ平等性食道擴張ニ原因的關係ヲ有スルコトヲ說キ千八百八十八年 Meltzer 氏ハ噴門ノ異常的收縮又ハ嚥下働作ニ際シ普通ノ如ク開大セサルコトヲ以テ原因ト見做シタリ氏ノ實驗的研究ニ由レバ噴門ノ收縮狀態ハ互ニ相反セル收縮及ビ弛緩ノ二力ノ共働作用ニ由ルモノニシテ收縮力ハ假令神經中樞ノ刺戟ニ由リテ其力ヲ增大スルモ主トシテ噴門自己ニ存スルニ反シ弛緩力ハ專ラ神經中樞ニ由リテ司配セラルヽモノニシテ迷走神經ハ常ニ之レガ傳達ノ任ニ當ルモノナリ而シテ嚥下ノ初メニ於テハ噴門ハ開大シ嚥下作用或度ニ達スレハ全然弛緩スルモノナレモ若シ此ノ弛緩力ニシテ減弱スルカ乃至ハ缺如スル場合ニ於テハ噴門ノ閉鎖狀態ヲ來タシ食道ノ蠕動モ亦以テ此狀態ヲ變セシムルコト能ハス從テ食物ハ停滯シ爲メニ下方ヨリ上方ニ及ブ食道擴張ヲ來タスモノナリト此說一度出テヽヨリ爾後ノ症例多クハ之レト殆ント同一ノ原因ニ歸セラレタリ假令バ千八百九十一年ニ Leichtenstern 氏ハ七年間嘔吐ヲ惱ミタル患者ノ死後食道ニ大ナル囊狀擴張アリ且ツ狹窄ヲ認メサリシ例ニ於テ之レガ原因ヲ臨床

性生形異常ト見ル可キ食道下端噴門部筋層ノ夥シキ肥厚其上部輕度ノ擴張ヲ呈セル者ヲ實驗セラレタルコトアリト云フ）

故ニ本例ハ死後器質的狹窄ヲ證明スルコト能ハスト雖モ兎ニ角狹窄上部ニ繼發セル擴張タルヤ毫モ疑ヲ容レス唯既往症中往々飮食物ノ差支ナク嚥下セラレタルコトアルニ鑑ミ或ハ夫ノ噴門部横隔膜食道孔周圍筋層ノ異常ナル發育ニ由來スル筋收縮性狹窄ナリシヤモ知ルベカラス素ヨリ盲囊殊ニ牽引性盲囊トモ見ルベカラス然ラバ則チ本例ニ於テノ擴張ハ所謂特發性食道擴張症ノ一ニ算ス可キカ、

（第二）、特發性食道擴張症ノ原因、

今予ハ所謂特發性食道擴張症ノ原因ニ就キ諸家ノ意見ヲ概說セント欲ス之レ現今尙決定セラレサル趣味アル討議ニメ本例ヲ說明スルニ當リ亦缺クベカラサルモノナレバナリ、千八百七十六年Ucm氏ハ二十歲ノ男子生前胃潰瘍トシテ診斷セラレタルモノニシテ死後剖檢ニ附スルニ及ヒ食道ノ中下部甚シク擴張セルヲ認メ其粘膜ニ潰瘍ヲ存シ胃上々部ハ全ク健態ヲ呈シ管壁ノ潰瘍無キ部ハ著シク肥厚シ一ノ狹窄ヲ發見セサリシ例ニ於テ氏ハ食道擴張ノ原因ヲ恐ラクハ食道

(a) 噴門痙攣ヲ原發トスルモノ、

(b) 單ニ食道壁ノ弛緩ヲ原發トスルモノ、

(c) 迷走神經變常ニ由ル食道麻痺ヲ原發トスルモノ及ビ、

(d) 先天性發育異常ヲ唱道スルモノトアリテ今尙討議セラレツヽアルナリ、

而シテ本例ヲ顧ミルニ此等諸家ノ唱フル原因中其何ツレニ該當スベキカハ決斷スル能ハズ而シテ假令食道壁切片上ニ顯ハレタル神經ハ殆ンド常態ト異ナラサルモノアリシモ迷走神經幹ニ於ケル檢索ハ之ヲ施コサヾリシヲ以テ少クモクラウス氏說ノ當否ヲ論スルニ由ナク只臨床上狹窄ヲ認メ續ヒテ擴張ヲ認メタルモノニシテ此狹窄タルヤ時ニ由リテ通過ノ程度異ナリテ平食モ亦容易ニ通過シ得タルコトアリシト云フヨリ見レバ少クモ痙攣性狹窄ノ存シタリシコトハ信ズルヲ得ベキヲ以テメルツエル氏說ハ以テ本例ヲ說明スルニ足ル且上記ノ如キ先天性噴門部筋層ノ異常發育モ或ハ存シタルヤモ知ルベカラス只食道壁ノ弛緩ヲ原發トシ痙攣性狹窄ヲ繼發スト云フローゼンハイム氏說ニ對シテハ本例ニ於ケル研究ハ未タ之ヲ全然否定スル迄ニ達セサルヲ思フ、

(第二) 擴張食道壁ニ癌腫ノ發生ニ就テ、

上ノ所見ト並ニ迷走神經ニ變化ヲ認メザリシトニ由リ神經官能障碍ニ由ル胃上口ノ痙攣性收縮ニ歸シタルガ如シ千八百九十五年 Rosenheim 氏ハ食道擴張症ハ食道壁ノ弛緩之レガ原因ヲナスモノニシテ臨床上噴門痙攣ヲ證明スルコトアルモ斯ハ繼發的ノモノナリ即チ擴張セル部分ノ粘膜炎症ハ刺戟トナリテ噴門痙攣ヲ繼發スルモノナリト之レヨリ先キ Netter 氏ハ既ニ單純性弛緩ヲ以テ食道擴張ノ成立ノ可能ナルコトヲ主張セリ千九百二年 Straus 氏ハ身體ノ發育ニ際シ大動脈ト食道トノ距離近クシテ爲メニ壓迫ヲ受ケ食道ハ擴張スルニ至リタルモノナルコトヲ說キ次テクラウス氏ハ本症ニ於テ迷走神經ヲ萎縮セル一例ヲ實驗シ Cl. Bernard, Schiff, Chauveau 氏等ノ實驗的ニ迷走神經ヲ切斷スルニ食道筋ノ上部ニ於テ弛緩シ其ノ最下部ニ於テ痙攣狀態ヲ呈セル事實ニ鑑ミ迷走神經ノ變化ハ同時ニ噴門痙攣ト食道弛緩トヲ招來スベキヲ想像セリ爾後 Stark 氏ハ實驗的ニ研究シクラウス氏說ヲ確メントセリ其他 Fleiner 氏ハ千八百九十六年ニ本症ノ先天的畸形乃至發育異常ニ屬スベキヲ唱道シ近年ニ至リ Sievers, Baumgarten 等相次デ之ニ和シタリ其他本症ハ Richarz, Ewald 及ビ其他ノ多クノ學者ニ由リテ屢々論セラレタルモ要スルニ現今ニ於テハ、

シ單ニ糜爛ノ程度ヨリ筋層ニ迄達スル潰瘍ガ或ハ互ニ孤立シ又ハ融合シテ存スルモノモアリ而シテ尚瘢痕ノ存在ヲ示スモノアリ其他癌ノ發生スルコトアルハ既ニ述ベタリ(クラウスニ由ル)即チ食道擴張症ニ於テハ昔時ステルン、ハンネイロキタンスキイ氏等ガ之レヲ以テ食道ノ擴張ヲ說明セントセル程炎症ハ殆ント必發ノモノニシテ從テ潰瘍ノ之レニ續發セル場合ノ多キハ寧ロ當然ニシテチエンケル、ヂームセン氏ノ書ニ云ヘル如ク狹窄擴張盲囊等アリテ持續性刺戟ヲ與フルカ又ハ飮酒等ノ如キ間歇ノ强烈ナル刺戟ニ遭フキハ加答兒性炎症ヲ發シ上皮剝脫シテ加答兒性潰瘍ヲ生スルニ至ルトノ說ニ一致スルモノナリ、

本例ハ實ニ食道狹窄或ハ擴張ノ初兆ヲ發シテヨリ常ニ食物ハ此所ニ停滯シ腐敗シテ慢性持續性刺戟ヲ致シ加答兒性炎症ヲ起シ次デ潰瘍ヲ構成セル者ト考フルヲ得ヘク又潰瘍ハ既ニ臨床上ニ其初兆ヲ認メ得タル以前ヨリ存在シタルモノナルコトハ斯カル長年月ノ經過間ニハ有リ得ベキヲ想像スルヲ得ベシ而シテ一方ニハ癌ガ多クノ場合ニハ刺戟ヲ常ニ最モ多ク受クル部分ニ發生シ潰瘍ガ亦多ク癌ノ基地ヲナスノ事實假令ヘバ既ニチエンケル、チームセン兩氏ガ千八百七十八年ニ其著書ニ於テ胃ノ圓形潰瘍瘢痕ニ癌腫ヲ發生スルハ事實ニシテ食道粘膜

既ニ述ベタルガ如ク此種ノ擴張食道壁ニ時トシテ癌ノ發生スルコトアリトハクラウス氏ノ稱スル所ナルモ實際ニ於テ今日迄ニ報告セラレタルノ例ハ極メテ少ク只千八百九十六年ノジョンソン氏ノ報告ニ見ルノ外本例ニ稍似タルハ千八百九十五年リッテル氏ガ Heller 氏ノ五個ノ標本ニ就キテ食道ノ牽引性盲嚢中ニ癌腫ノ發生セル事實ヲ證シコンハイム氏ノ胎生胚芽説ニ反シ刺戟ノ克ク癌腫ヲ發生セシムルニ足ルコトヲ立證セル以外ニハ予ハ未タ見聞スルノ期ヲ得サリキ蓋シアルモ甚タ少數タルヘキハ信スルヲ得ルナリ、

本例ハ生前癌トシテ證明セラレサリシモ潰瘍ノ存セサリシコハ死前三年ニハ明カニ之ヲ認メラレタルモノニシテ死後解體ノ結果初メテ癌腫ノ存在ヲ明ニスルヲ得タルモノナリ此際癌ト潰瘍トノ關係ハ如何其ノ何ッレガ先發シタリシカハ稍趣味アル問題ナルベシ、

一般ニ食道ノ特發性擴張壁ニ於ケル粘膜ハ除外例トシテ一二ノ滑澤ニシテ變化ナシト報告セラレタルモノアルモ最モ多クノ場合ニ於テハ加答兒性炎症ヲ呈シ屢々慢性炎症的ニ硬結シ上皮ハ混濁肥厚シ多クハ瀰蔓性ニシテ或ハ「プソリアヂス」樣板トナルコトアリ或ハ粘膜ノ水腫狀ニ腫脹スルモアリテ潰瘍亦屢々存在

性刺戟トナリ粘膜面ニ炎症ヲ起コシ遂ニ潰瘍ニ陷リ癌腫ハ恐ラク此潰瘍ヲ基地トシテ發生シタルモノナルベシ之レハ臨床上食道擴張及潰瘍ノ症狀先ッ認メラレタルニテモ想像スルヲ得ルナリ而シテ到底普通ニ遭遇スル癌腫性狹窄アリ後チ多少ノ擴張ヲ來タセルガ如キ者トハ大ニ異ナル所アリテ其狹窄擴張狀態ガ實ニ二十一年間ノ長經過ヲ取レルニテモ明ナリ、

明治四十一年十二月稿

Literatur.

1). Neumann, Ueber die einfachgleichmässige Erweiterung der Speiseröhre. Centralblatt f. d. Grenzgebiete III. 1900;

2). Kraus, Specielle Pathol. u. Therapie von Nothnagel Bd. XVI 1903;

3). Johnson, Arch. f. Verdauungskrankh, 1895, 2;

4). Ritter. Ein Beitrag z. Lehre von den Oesophagusdivertikeln. Deutsche Arch. f. kl. Med. Bd. 55, 1895;

5). Luschka, Das Antrum cardiacum Virch. Arch. Bd. XI;

6). Stern, Ein Fall von gleichmässiger Erweiterung d. Oesophagus. Arch. f. Heilkunde Bd.

ニ於テモ其潰瘍瘢痕ヲ根據トシテ癌腫ヲ發生セルハ屢々實驗スル所ナリト云ヒ其後續々潰瘍ガ癌ノ基地トナルノ實驗夥シキニ徴スルモ本例ガ假令其肉眼的乃至顯微鏡的標本ニ於テ潰瘍ト癌腫トノ前後ノ關係ヲ明カニセシムルコト能ハサルニモセヨ潰瘍ハ亦本例癌腫ノ基地ヲナシタルモノニ非サルカ只併シ食道癌ハ其何ツレノ種類ノモノニシテモ多ク潰瘍ニ陷ルモノニシテ本例肉眼的標本ノ示セル現在ノ潰瘍面ハ癌ニ繼發セルモノト見ルヲ正當トスベキナレモ吾人ガ癌ノ基地ナリト謂フハ其臨床的經過ニ於テ擴張ニ繼發シタル潰瘍ニ就キテ云フニ過キサルナリ、

○結　論

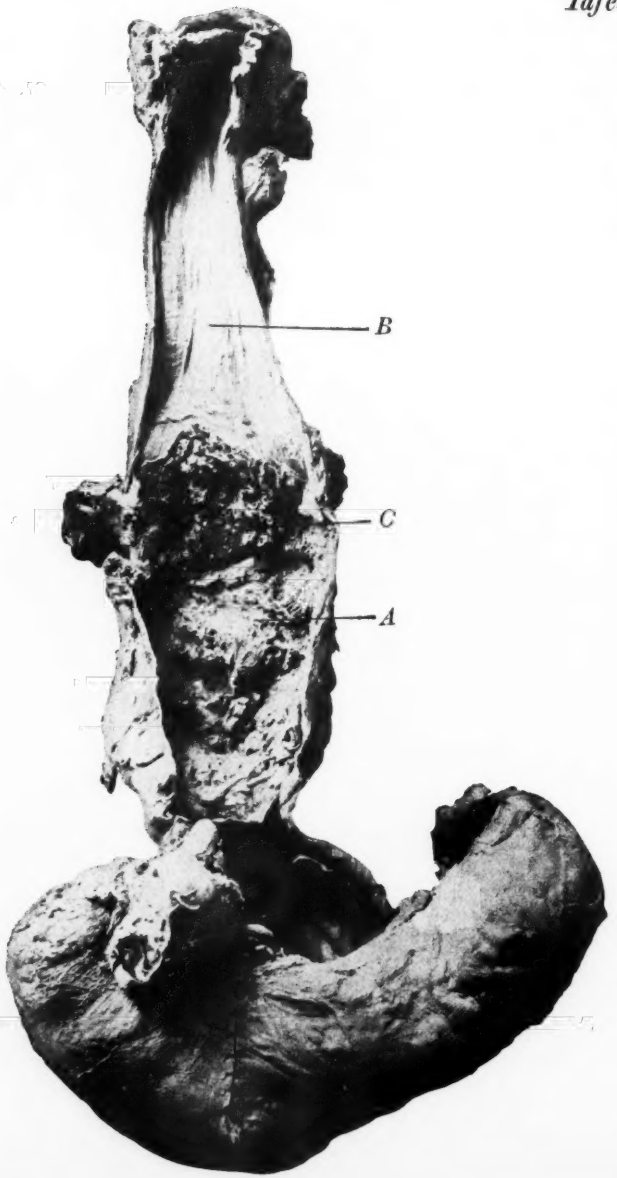
本例ハ二十一ケ年ノ長經過ヲ取リタル所謂特發性食道擴張症ニシテ其擴張壁内面ニ潰瘍ヲ發生シ此ノ潰瘍ハ癌腫ノ基地トナリタルモノナリ而シテ特發性擴張症タルコトハ其形狀ト現在器質的狹窄ヲ認メ得サルコト及ヒ其他ニ繼發的擴張ヲ誘起スルニ足ルベキ原因無キコトヽニ由リテ之ヲ知リ此ノ特發性食道擴張ノ原因トシテハ恐ラクハ噴門痙攣若クハ之レニ加フルニ噴門部筋層異常ノ發育ノ存在ニ歸スヘク而シテ此擴張部ニハ食物停滯シ且腐敗スル爲メニ慢性持續

Fig. 1

圖　一　第

Tafel IV

第四圖板



XVII:

7.). Melzer, Ein Fall von Dysphagie nebst Bemerkungen. Berl. kl. Wochschr. 1888;

8). Rosenheim, Ueber Spasmus. u. Atonie der Speiseröhre. Deutsch. med. Wochschr. 1899;

9). Fleiner, Erkrankungen d. Verdaungs-Organe. 1896;

10). Netter, Ueber Erweitrungen d. Speiseröhre im unteren Abschnitt. Arch. f. Verdaungs-krankh. IV;

11). Leichtenstern, Beiträge zur Pathol. d. Oesophagus. Deutsch. med. Wochschr. 1891;

12). Ewald, Idiopatische spindelförmige Erweiterung d, Speiseröhre. Deutsch. mep. Woch. 1907;

13). Straus, Klinische Beiträge d. sogenannten idiopatischen Oesophagus erweiterung. Zeitschr. f. kl. Med. 1902 XLIV

14). Richartz, Zur aetiol. d. gleichmässigen Oesoph.—erweiterung. Deutsch. med. Woch. 1905;

15). Strümpfel, Spindelförmige Erweit. d. Oesophag. ohne nachweissbare Stenosenbildung. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1881;

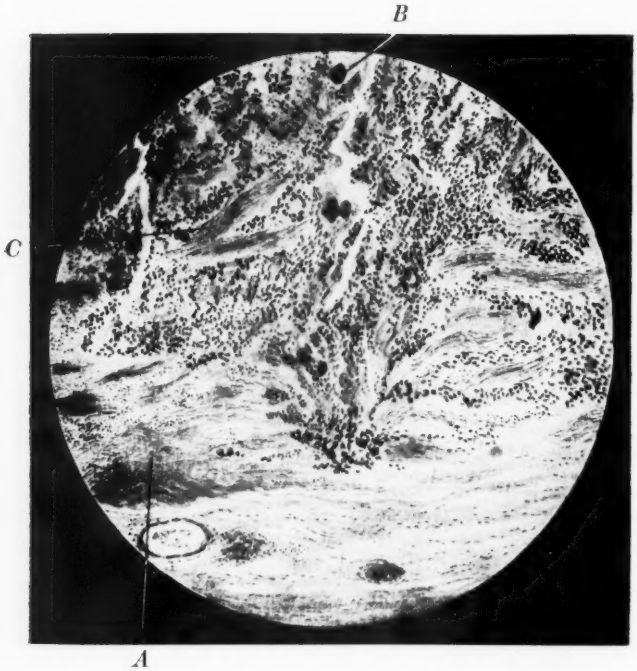
16). Baumgarten, Deutsch. med. Woch. 1907;

Taf. V

第五圖板

Fig. 2

第二圖



17). Stark, Ueber Aetiol. diffuser Speiseröhrenerweiterung. Wien. kl. Rundschau. XVII 1903;
18). Sievers, Zur Kenntniss d. idiopat. Oesophagus-erweiterung. Wien. kl. Woch. 1904;
19). Rokitansky, Lehrbuch d. pathol. Anatomie 1861. Bd. III;
20). Zenker u. Ziemssen, Krankh. d. Oesophagus. 1878;
21). Yamagiwa, 胃癌發生論;
22). Eichhorst, Specielle Pathol. u. Therapie Bd. II. 1896;
23). Ziegler, Pathol. Anatomie 1906;
24). Kaufmann, Pathol. Anatomie 1903;
25). Mikulitz (cit. nach Kraus);
25). Heimann (cit. nach Kraus);
26). Stewart (cit. nach Kraus);

橋本

○圖　解

第四圖板第一圖—食道內面ヲ示ス(本論肉眼的性狀ノ部參照)　A癌樣變性部B否癌樣變性部C最大幅徑部

第五圖板第二圖—擴大ライツ接眼四號接物三號—A縱走筋層B癌眞珠G筋纖維間質(本論第三切片所見參照)

ト雖モ、其ノ鮮ナカラズ實驗セラレ居ルコトハ事實ナル如シ、

此際余ガ敢テ獸醫學者ニハ素ヨリ珍奇ナラザル可キ乳癌ノ一例ヲ提供スル所以ノ者ハ、其一二所見ニ於テ人類癌腫間質ノ發育說明上大ニ鑑ミル可キ者アルヲ發見セルガ爲ナリ、

稿ヲ起スニ先チ、余ハ茲ニ入江氏ノ好意ニヨリ、此貴重ナル材料ヲ得タルコト、並ニ病歷ヲ示サレタルヲ感謝シ、亦農科大學時重敎授ガ同上數例ニ就キ、其組織片ヲ惠與セラレ、爲メニ比較觀察ニ多大ノ便宜ヲ得タルコヲ謹謝ス、

○實驗例、西鄕侯愛犬ポインター種八歲、

已往症。明治四十年八月左最後乳房ニ拇指頭大ノ腫瘍ヲ生ジ、漸次增大シ昨年九月終ニ、獸醫入江氏ニヨリテ手術的ニ除去セラレタリ、爾來再發シテ發育增大シ舊倍ノ大サニ達シ全身營養不良トナレリ、同年十二月初頭ニ於テ更ラニ一部的切除ヲ企テタルモ、術後約二日許リニシテ、一種ノ强直發作ヲ起シテ遂ニ死亡セリ、(以上入江氏ノ記載ニ據ル)、

腫瘍ノ肉眼的性狀

本腫瘍ハ初メ手術的ニ除去シタル者ニシテ乳房全部ヲ其基底部ヨリ除去シタ

○雌犬乳癌ノ一例

(Ein Fall von Mammakarcinom bei einem weiblichen Hunde.)

東京醫科大學病理學敎室ニ於テ
志願助手 今村隼稻

緒言

余ハ近者市内獸醫入江氏ノ好意ニヨリテ寄贈サレタル犬乳癌ノ一例ニ就キ、其ヲ記載ス可ク山極博士ヨリ命ゼラレタルニヨリ、始メテ犬癌ヲ檢査シ得ルノ好機會ヲ與ヘラレタルナリ、蓋シ人類癌腫研究ノ參考ニ資センガ爲ナルヤ論ナシ、

Fröhner ノ調査ニ據レバ、動物腫瘍中癌ハ其四十「プロセント」ヲ算シ、就中犬ニ就テハ氏ガ一八八六年—九四年間ニ驗シタル病犬八九九七頭中三二「プロセント」ノ癌ヲ見タリト、犬癌ハ七—八才ノ年齡ニ來ルヿ最モ多ク、氏ガ手術シタル六五頭中卅四「プロセント」ハ此ノ年齡ニ發生シタル者ナリ、又 Casper ガ七〇二頭ノ犬屍ニ於テ五一頭即七十「プロセント」ノ犬癌ヲ見、內乳癌最モ多數ニシテ九頭ヲ占メタリト云フ、

余ハ未ダ本邦ニ於ケル犬癌頻度數ニ關スル詳細ナル報告ヲ見ルノ機會ヲ得ズ

ナル娘結節存在シ、或ハ皮膚ヲ被ムリ、或ハ然カラズシテ腫瘍組織ヲ露ハスアリ、比較的大ナル者ハ皮膚ヲ被ラズ、皮膚面ニ一致シテ或ハ却テ少シク陥凹シテ粗糙面ヲナセル腫瘍材ヲ表ハシ、其小ナル者ニ於テハ尚ホ皮膚ヲ被ムリ、皮膚面ニ隆起シ當該部皮膚ハ多少光輝性ナリ(壓迫萎縮?)、

此等娘結節ノ中、其多クハ割面ニ於テ深部腫瘍組織ト直チニ連續セザルコト、即チ一定厚サノ白色結締織索條ニヨリ境セラルヽヲ見ル(轉移性)、

割面ノ性狀　矢狀斷面ヲ檢スルニ乳房後面ニ醱化セル腫瘍ノ缺損部潰瘍面ニ適シテ、其陷凹部ヲ中心トシテ之ヲ略ボ半圓形ニ圍メル腫瘍組織ガ乳房内ニ占居スルヲ見ル、初メ表面ニ於テ檢シ得タル陷凹ノ外、更ラニ之レニ接シテ後方ニ少シク大ナル窩狀ノ物質缺損アリ、腫瘍缺損面ノ性狀等上記ノ者ト同ジ、

而シテ是レハ細管ニヨリテ前位ノ陷凹ニ連ナリ、尚亦一狹裂孔ニヨリテ皮膚表面ニモ開口ス(前位ノ者ト同一ニ)、更ラニ其後方皮膚面ニ近ク拇指頭大膠樣質ヲ容レタル限局性腔洞アリ、其皮膚側ノ壁ハ略ボ平等ノ觀ヲ呈スルモ、之ニ對スル他ノ壁ハ不正乳嘴狀ヲ成セル腫瘍組織ノ腔洞内ニ突隆スル者數個アリテ爲メニ其壁平滑ナラズ、内容ハ凝固セル軟カキ物質ニシテ寒天ノ凝固セル者ノ如ク少シク暗

ル者ナリ(ホルモール水貯藏標本)

表面ノ性狀　乳房ハ略ボ普通ノ形狀ヲ保チテ增大シ約兒頭大ニ達ス質一般ニ硬ク、皮膚ハ全ク腫瘍ト癒着シテ移動セズ、乳房乳頭ハ其全形ヲ保持シテ通常皮膚ヲ被ムルモ一部ニ於テハ灰白色—白色ノ腫瘍物質ニヨリ占領セラル、

乳房後面ニメ乳頭ヲ去ル約二仙迷後方ノ部位ニ於テ腫瘍物質ノ稍鷄卵大以上ノ長圓形ヲナシテ皮膚面ニ露ハル、部分アリ、其邊緣一部ノ腫瘍材ハ少シク皮膚面上ニ隆起シ、周邊皮膚ヲ壓迫スルノ狀ニ在ルモ、一部ハ却テ少シク陷凹シ、爾他ノ大部分ハ略ボ皮膚面ニ一致シテ存在シ皮膚トノ境界明劃ナリトス、該腫瘍材ノ中心部ハ、可成リ廣キ不正形ノ物質缺損ノ爲メ窩狀ノ陷凹ヲ示ス、

該陷凹ノ底面ハ一般ニ大小不正顆粒狀ニメ陷凹ノ深淺一樣ナラズ、一部ハ深クシテ盲管ニ終ル者アリ、此陷凹底面ハ概シテ淸淨ニシテ壞死部分等ノ附着スル者ナシ、

更ラニ其後方ニ當リテ二三ノ季指頭—拇指頭大腫瘍材ノ露出スル者アリ、略ボ圓形ニシテ孤立スル者、或ハ隣位ニ位スル者融合シテ不正形ヲ呈スルアリ、其他熟視スレバ乳房ノ前後面皮膚ニハ頗ル多數ノ米粒大—小豆大—豌豆大ノ略ボ圓形

○肉眼的所見摘要

(第一)、乳房ハ略ボ普通形ヲ保持シツヽ、増大シ、兒頭大ニ達シ、質一般ニ硬靭ナリトス、

(第二)、後面皮膚ニハ鷄卵大尚少シク以上ノ大サアル腫瘍材露ハレ、略ボ皮膚面ニ一致シテ存在スルモ、一部ハ却テ少シク隆起シ一部ハ寧ロ陷凹ス、該腫瘍材ノ中心部ニハ不正窩狀ノ物質缺損アリ、缺損面ニハ大小顆粒狀凸凹アリ、陷凹ノ深淺又不定ナリ、而メ缺損面ハ比較的清淨ナリトス(ホルモール)水貯藏標本)、

(第三)、其他皮膚面ニハ大小多數ノ娘結節存在シ、或ハ皮膚ヲ被ムリ(皮膚面ニ隆起シテ存在シ、該部皮膚ハ緊張シ光輝アリ)、或ハ然ラズシテ腫瘍材ヲ露ハシ、其面粗糙ナリトス、娘結節ノ多數ハ深部ノ腫瘍組織トノ直接連續ヲ示サズ、

(第四)、矢狀斷面ニ於テハ腫瘍物質ハ已記ノ窩狀陷凹部ヲ中心トシテ、之ヲ略ボ半圓形ニ圍ミツヽ、擴大性增殖ヲ營ミシ如ク、其廣延全乳房部切面ノ約半バニ達ス、腫瘍物質ハ白色—灰白色ヲ呈シ、灰白色ノ結締織索ニヨリテ不正胞巢狀ニ區劃サル、爾他ノ部ハ硬キ結締織ヨリ成ル、

(第五)、上記窩狀陷凹ノ後部ニ直接シテ、皮下淺層ニ拇指頭大ノ腔洞アリ、內ニ膠樣

色ニ混濁ス、腫瘍物質ハ灰白々色ヲ呈シ質硬ク灰白色ノ結締織索條諸種方向ニ腫瘍材ヲ貫ラスキ不正胞巣狀ノ分野ニ境スルヲ見ル、腫瘍割面ノ性狀ハ概シテ粗糙ニメ諸所ニ大小ノ壞死竈アリ、時ニ物質缺損スルヲ見ル、又小豆大尙以上ノ腔洞樣虛隙アリ(內容物ナキ)其內面滑澤ナリトス、恐ラク已記ノ膠樣質ヲ容レタル者カ、腫瘍組織邊緣ハ同ジク不定ノ凸凹ヲ爲シテ周圍結締織トハ明カナル境界ヲ示シ其半環狀ヲ呈スルハ周圍ニ向ッテ擴大性ニ增殖シタル者ナルヤヲ思ハシム、

以上ノ外更ラニ腫瘍ハ外後方ニ對ッテ突起ヲ出セリ、又ハ前方乳房乳頭內ニモ同ジク腫瘍物質ノ竈狀ヲ成シテ存在スル者アリ、而メ上記乳房乳頭表面ニ現ハル、腫瘍材ト連ナル、

腫瘍組織以外ノ乳房成分ハ、一般ニ强靭ナル灰白色結締織ニシテ二三血管腔ノ切割面ヲ示スノ外肉眼的認ム可キ者ナシ、

以上割面ニ見ル、腫瘍組織ハ全乳房ノ半バニ達シ、爾他ノ乳房組織ハ如上性狀ノ結締織ヨリ成ル、以上矢狀斷ノ一方ニ對シテ斜ニ後外方ニ加ヘタル割面ヲ檢スルニ性狀略ボ上記ノ如クシテ腫瘍組織ハ乳房ノ外形ニ應ジ長橢圓形ヲ爲シテ後方ニ延長ス、其他結締織ノ性狀等又右ニ同ジ、

分ニ於テハ單ニ核ノ密集スルガ如ク見エ、其細胞索條樣ニ亦ハ腔ヲ圍ム者ニ於テハ短圓柱狀―骰子形ヲナス、此等細胞ガ集合シテ胞巢ヲ成スヤ(主トシテ數層ニ密ニ疊積スルモ)此等細胞層ニ於テ腺腔像ノ多數ヲ有スルアリ又ハ然ラザルアリ、同一胞巢內ニ於ケルモ此等ノ狀態區々ナリトス、

胞巢中心ノ大部分ハ概シテ單純壞死ニ陷リ弱擴大ニ於テハ一樣ニ「エオジン」ニ淡染シ强擴大ニ於テハ微細顆粒狀ヲ呈シ、或ハ尙細胞體ノ形跡ヲ存スル者等相密邇ス、內ニ核碎片ノ萎縮セル核等ヲ混シ、又ハ多數ノ多核白血球ヲ交ユル者アリ、更ラニソン、ギーソン氏染色標本ニ於テハ以上壞死物質內ニ濃赤染スル無核結締織纖維(「エオジン」ニヨリテ稍々濃染シテ其存在ヲ知リ得)ノ網狀ニ或ハ塊狀ニ存在スルアリ、又ハ大ナル胞巢ノ中央壞死竈ノ中心部ニ於テ同上結締織條ガ管腔ヲ包圍シテ存スル者アリ、其腔ノ廣サ略ボ一樣ニシテ明カニ管狀ヲ示シ一部ニ於テハ少シク擴張スル所アリ、彈力纖維染色標本ニ於テハ此等結締織ノ經過ニ應シテ彈力纖維斷片ノ不正ニ存在スル者アリ、

胞巢周圍ノ間質ト接スル部分ハ概シテ其境界平等ナルモ亦間々結締織組織隙內ヘ浸潤性ニ侵入スル如キ像アリ、一般ニ境界部結締織ハ多少緩粗ニシテ白血球

物質ヲ容ル、其壁ハ表在側一半ハ略ボ平滑ナルモ、之レニ反スル一半側ハ乳嘴狀隆起ヲ示シテ不平坦ナリ、尙其他二三ノ同上腔洞ノ目睹シ得可キ者アリテ腫瘍實質中ニ介在ス、

顯微鏡的所見

以上ノ矢狀斷面及其矢狀面ニ起リテ斜ニ後外方ニ加ヘタル切割面ノ全部ヨリ十個ノ薄切標本ヲ作リテ組織檢査ニ用ヒ「ヘマトキシリン」「エオジン」染色、ワイゲルト氏彈力纖維染色、ワン、ギーソン氏染色法等ヲ應用シタリ、

組織的性狀ヲ通觀スルニ略ボ二種性狀ノ部分ヨリ成ル、

第一、腫瘍ノ主成分ヲ爲ス者ニシテ弱擴大(ライツ氏顯微鏡接眼1、接物3、以下之レニ倣フ)ニ於テハ實質細胞ハ可成リ「ヘマトキシリン」ニ濃染スル核ヲ有シ大小形狀餘リ一定セズ、或ハ密集シ、或ハ細胞索條ヲ爲シ、或ハ一二腺腔ヲ圍ンデ不正數層ニ層重シテ圓形或ハ其他不規則ナル諸種形狀ノ胞巢ヲ構成ス、强擴大(ライツ氏顯微鏡接眼1、接物7、以下之レニ倣フ)ニ依リテ檢スルニ各細胞ハ胞狀橢圓ー類圓形ニシテ、可成リ「クロマチン」ニ富ミ、其大ナル核ハ著明ナル核小體及核像核膜ヲ示ス、原形質ノ量ハ甚ダ僅カニシテ細胞體ノ形狀大小一樣ナラズ、殊ニ其密存スル部

分ニ該當スルコヲ推知スルニ難カラズ、

外表ニ腫瘍材ヲ暴露スル部分(轉移ノ大ナル者)ハ腺腫性像却テ他ノ部分ヨリモ明カニシテ、其腫瘍實質量ノ多寡ハ一定セズ、而シテ多量ノ幼結締織新生シ白血球浸潤アリ其表面ニハ壞死組織等ヲ附着スルコト少ナシ、而メ外表上皮層ニ於テ異常增殖ヲ示サズ、更ラニ外表ニ存スル娘結節ノ性狀ヲ見ルニ、腫瘍細胞ノ性狀ハ上記ノ者ニ異ナラズ、腺腫性像著明ニシテ、而メ深部腫瘍材トハ直接ノ交通ナク、厚キ結締織材ニヨリテ界サル、當該外表上皮層ハ全ク缺損シ、而シテ腫瘍表層ノ部分却テ新生セル結締織ヲ混シ、多少ノ壞死部分ヲ交ユルアリ、其構造正シカラザルニ反シ、深部結締織ニ接界スル部分ノ一帶ハ腺管像著明ニシテ表層ノ部分ニ比シ概シテ幼若ナルコヲ知ル、之レニ接セル結締織ノ一帶ハ其造構多少緩粗ニシテ、輕度ノ白血球浸潤アリ、

結締織間質ノ性狀

一般ニ强靱ニシテ强ク「エオジン」ニ染ム、上段記載ノ大ナル細胞群ヨリ成ル胞巢ニ接スル部分ノ結締織ハ其接界部ノ一帶稍々緩粗ニメ多少ノ白血球浸潤アリ、之レニ反シテ比較的核ノ濃染スル小細胞群ヨリ成ル腫瘍實質ノ間質ヲ成ス者ハ全

浸潤等アリトス、

腫瘍主成分ノ大部分ハ以上ノ如キ細胞ノ性狀配列ヲ示スモ亦多少之レト性狀ヲ異ニスルノ像ヲ混スル者アリ、即チ核ハ上記ノ者ニ比シ著シク小ニシテ強ク「ヘマトキシリン」ニ染ミ、原形質ニ乏シキ小細胞ガ腺腔ヲ圍ミツヽ、層積シ、又ハ腺腔明カナラズ單ニ密集スル者アリテ以上胞巢内ニ雜居シ、又ハ略ボ此等性狀ノミノ部分ガ大ナル胞巢ヲ形成スル者アリ、

或ハ又細胞ハ遙カニ大、核亦大、胞狀ニシテ淡ク「ヘマトキシリン」ニ染ミ、核小體ノ二乃至三個ヲ包有スル、核膜核像著明ナル、而シテ原形質ニ富メル細胞アリ、此等細胞ハ常ニ細胞索條樣ヲナシテ層積シ、多クハ此等細胞群ニヨリテ一胞巢ヲナシ亦ハ他ノ胞巢内ニ於テ他ノ性狀ノ者ト雜居スルアリ、此等細胞群ニヨリ形成セラルヽ胞巢ハ未ダ中心部多ク壞死ニ陷ラザル者アリ、

諸種ノ形態及性狀ヲ示スコト以上ノ如シト雖相互間移行ノ狀明カニシテ、而シテ又其小細胞群ニ於テハ殆ンド核分剖像ヲ示サヽルニ反シ、大細胞群ヨリ成ル部分ニハ間々核分剖像アリ、此等狀況ニ照ラシテ以上諸種ノ細胞ハ全ク同一種ナルコト明カナルト共ニ、其小者ハ萎縮ノ狀ニ在ル者ニシテ、大者ハ比較的增殖盛ンナル部

ハ單ニ肥厚スルニ止マラズ乳嘴狀ニ血管腔内ニ突隆スル者數個アリテ相互ニ並列シテ血管腔内ヲ狹隘ナラシメ不正細狹ナル内被細胞列ニヨリ圍マル、裂隙ヲ示ス者アリ、或ハ全ク閉塞シテ毛細管樣狹裂隙ヲ餘スニ過ギザル者アリ、

第貳、略ボ限局性ニ腫瘍主成分中ニ割居シ、特種ノ性狀ヲ示ス部分ニシテ各切片標本ニ於テ認ムル者ナリ、或ハ廣キ區域ニ涉リ、或ハ一局所ニ存在ス、

略ボ圓形ニ限局セル可成リ廣大ナル境域ニ於テ、大小形狀種々ナル、然レ𪜈多ク細長ナル腺管ノ斷面多數アリ、其腺上皮細胞ハ先キノ腫瘍ノ主成分ヲナセル細胞ニ比シ少シク小ナル、而シテ亦之レニ比シテ「ヘマトキシリン」ニ稍淡染スル胞狀ノ圓ー卵圓形核ヲ有スル短圓柱狀ー骰子形ヲ呈スル細胞ハ一列ニ正シク腺腔ヲ圍ム者ナリ、此等細胞列ハ常ニ基底部結締織ニ密着スルモ、時トメ細胞列ハ少シク基底部ヲ離ル、コアリ、基底部トノ間狹キ一帶ノ透明層ヲ形成スルアリ、又ハ特ニ一部ニ於テ兩者遠ク隔離シ其間ニ凝固セシ如キ物質ヲ容ル、者アリ、腺腔ノ廣サ區々ニシテ、其廣キ者ニ於テハ大ナル囊胞ヲ形成スルアリ、腔内ハ「エオジン」ニ可成リ濃染セル一樣同質ノ物質ヲ容ル、者アリ、已記普通乳腺ガ管内ニ存在セル者ト同一物質タリ、他ノ腺腔内ニハ亦膨大セル細胞ノ多數ヲ有スルアリ、原形質ハ微細ナ

ク強靭ニシテ核ニ乏シク亦白血球浸潤等ヲ示サヽルヲ常トス、

結締織核ハ隨所ニ其量ヲ異ニシテ、全ク核ヲ有セズ最モ強ク「エオジン」ニ染ム部分又ハ「エオジン」ニ濃染シ、少數ノ核ヲ所有スル者亦ハ「エオジン」ニ稍々淡染シ、比較的核ニ富ミ、紡錘狀核ノ多數ヲ示ス部分アリ、

又結締織内ニハ「マスト」細胞ノ多數ヲ含有ス、即細胞體大ニシテ、原形質内ニハ多數ノ「ヘマトキシリン」ニ淡染セル小顆粒ヲ包藏シ、核ノ餘リ明瞭ナラザル橢圓形ヲ爲ス者ナリ、

腫瘍組織以外ノ乳房組織ノ性狀ヲ略述スルニ適度ニ紡錘狀核ヲ具有スル結締織ニヨリテ殆ンド全ク占居セラレ、該結締織内ニハ亦多數ノ「マスト」細胞存在ス、

諸所ニ腺管斷面ノ或ハ圓形ヲナシ亦ハ細長形ヲナス者小葉狀ニ集簇スルアリ此等腺管ノ上皮細胞ハ圓柱狀乃至骰子形ニメ定型的配列ヲ示シ特ニ遠型的增殖ヲ示サヾルヲ普通トス然レモ一部ニ於テハ腺管ノ增量及上皮細胞ノ肥大セルアリ、其中隔結締織及其周圍結締織内ニハ強キ白血球浸潤ヲ示ス部分アリ、以上腺管ノ一二ノ腔内ニハ「エオジン」ニ稍濃染セル一樣同質ノ物質ヲ容ルヽアリ、

結締織内動脈管ハ略ボ生理的ナルニ反シ、靜脈管ハ諸所ニ内膜ノ肥厚ヲ示シ、或

ク壁ハ一般ニ平等ニメ嚢一部ニ於テ小ナル一乳頭様増殖ヲ示ス者アリ、其乳頭様形成ヲ示ス結締織ハ核少ナク且ツ細長偏平ニシテ其發生已ニ舊キヲ知ル、

壁ニ附麗スル一層ノ細胞ハ全ク上記腺腔ヲ圍ム者ト同一ニシテ内容物亦已記ノ膠様物質ナリトス、

(ロ) 同ジク廣大ナル嚢胞ヲ形成セル際其壁ノ大半ハ平滑ニメ附麗スル一層ノ細胞ハ多少萎縮ノ狀ニ在リ、爾他ノ壁ハ厚層不定ナル幼結締織ノ集積アリ乳嘴狀突隆ヲ示シ從ツテ其壁平滑ナラズ、同様ニ一列ノ細胞ニヨリ被覆サレ嚢胞腔ニ面ス幼結締織内ニハ形狀一様ナラザル腺管斷面數多アリ、而シテ一部ニ於テハ其腺腔ヲ圍ム上皮列ハ明カニ嚢胞腔ヲ圍繞スル上皮細胞列ニ移行ス即チ此等腺管ハ其嚢胞腔ニ通ズル者ニシテ、而シテ其上皮細胞ハ他ノ半壁ニ附着スル者ノ如ク萎縮ニ陷ラズシテ整然一層ニ附麗スルヲ見ル、嚢胞腔ノ内容(イ)ト同ジ、

(ハ) 更ラニ他ノ一區域ニ於テハ、已記ノ如キ多數ノ腺管斷面存在シ、内數個ノ者ハ多少擴張シテ嚢胞ヲ形成スル者ヲ交ユ其上皮細胞ノ性狀配列等特ニ異常ナキモ此等腺腔―嚢胞ヲ境界スル中隔結締織(性狀ハ上來所記ノ者ト同ジ)ノ量遙カニ多シトス、

ル小球ヲ以テ充タシ、而メ尚核ヲ含有シ「コロストルーム」小體ニ類似セル者ナリ、又ハ更ラニ白血球ヲ容ルヽ者アリ、或ハ同一腔内ニ於テ以上ノ一樣平等ノ物質及變性セル細胞トヲ共有スル者アリトス、

各腺管ヲ境スル間質ハ上來所記ノ者ト大ニ其性狀ヲ異ニシ、長橢圓形—紡錘形ヲナセル結締織核ハ不規則ニ密存シテ原形質ハ「ピクリン」酸ニヨリ多少黃色ニ染ミ「フクシン」ニ紅染スル結締織纖維ハ極メテ少量ナリトス、彈力纖維染色標本ニ於テハ該部ニ其ノ纖維ノ存在セザルヲ普通トナスモ、時ニハ其少量ヲ存スル場合アリ、

此等結締織量ハ腺管斷面ノ量ニ比シテ、或ハ多ク或ハ寡ナシトス先キノ肉眼的所見條下ニ記載シタル囊胞ヲ圍繞スル部分ハ鏡檢的實ニ以上所記ノ性狀ヲ示ス者ナリ、

以上ノ限局性特種性狀ノ腫瘍成分ハ各部ニ於テ其性狀ヲ異ニス、以下各別ニ之レヲ敘スレバ、

(イ) 單純ナル卵圓形ノ大ナル囊胞ヲ形成スル者アリ、

適度ニ核ヲ有スル結締織ニ包圍セラルヽモ、特ニ固有壁トシテ認メ得可キ者ナ

ノ群集スル者アリトス、

(ヘ) 以上諸像ト類似シテ然カモ多少性狀ノ異ナル一區域アリ、各腺腔ヲ圍ム上皮細胞ハ全ク小ニシテ強ク「ヘマトキシリン」ニ染ム核ヲ有スル小細胞一列ニ並ビ存シ(余ノ第一條下萎縮セル細胞ト記セシモノニ略ボ一致ス)、一二ノ腔ハ少シク擴張スル者アリ、而メ中隔間質ノ大部分ハ「フクシン」ニ染ム結締織索條ヲ成シ小部分ハ上記ノ如キ紡錘形細胞ヲ密存ス、腺管ハ或ハ圓—細管狀ヲ呈ス、

(ト) 腫瘍周邊部間質結締織内ニ於テ明カナル區劃ヲナサシ、孤立セル囊胞形成ヲ示ス部分アリ、被膜樣ニ強靱ナル結締織索條ニヨリ包圍セラル、該部分ハ囊胞形成腺管中隔結締織新生ヲ示スノ傍ラ、又余ガ(第一)條下ニ記載シタル本腫瘍ノ主成分ヲ爲セル組織像ト殆ンド一致スル造構ヲ示ス者等ヲ同一區域内ニ交ユル者タリ、大小二個ノ略ボ圓形ヲ爲セル囊胞アリ、太キ中隔ニヨリ境セラルヽモ必ズヤ兩者交通性ノ者タル可シ、更ラニ兩者ノ間ニ於テ二三ノ小囊胞アリ、何レモ相互ニ交通スル者ト認メ得可キ者タリ、

大囊胞ハ(ロ)記載ノ者ト性狀殆ンド同一ニメ、其壁ノ一部ハ平滑ニメ一列ノ上皮細胞ヲ附着スルモ(一部ハ剝離シテ存在セズ—人工的—)小者トノ中隔ニ當レル

(ニ)、(ハ)記載ノ者ヨリ更ラニ腺管像少ナク、之レニ反比シテ結締織量ノ一層增加セル者、前者ト相隣接シテ存在ス、又之レニ接セル他ノ一區域ハ一見已ニ其腺管像ノ存否ヲ疑ハシムル如ク少數ニシテ殆ンド結締織ニヨリテ占居サル、更ラニ進ンデハ全ク腺管像ヲ認メズシテ全部紡錘形結締織核ノ密存スルニヨリテ成レル一區域次位ニ隣接シテ存在シ、一見紡錘形細胞肉腫ト撰ブナキノ像ヲ呈ス、

此カル性狀ノ部分ハ其周圍結締織ノ核ニ乏シク强ク「エオジン」ニ染ム者トハ甚ダ明確ナル境界ヲ示ス者ニシテ而シテ一部ニ於テハ茸狀ヲ爲シテ周圍結締織內ニ進入スル如キ像ヲ示スアリ、

以上(ハ)(ニ)等ノ諸像ハ亦結締織索ニ包圍セラルヽ一區域內ニ於テ以上ノ如キ階級的ノ性狀ヲ示シツヽ雜居スル者アリ、

(ホ)以上(イ)(ロ)(ハ)(ニ)記載ノ者ハ腫瘍主成分ヲナス組織トハ相互ニ顯著ナル境界ヲ示ス者ナリト雖一部ニ於テハ然レ𪜈一見兩者融合シタル如キ狀ニ在ル者アリ、即チ上記ノ如キ囊胞內ニ向ツテ腫瘍主成分ノ侵入シタル如キ像アリ、腔內「エオジン」ニ染ム一樣同質ノ膠樣物ヲ容ル、ノ傍ラ、其一部ニ於テハ單純壞死ニ陷レル細胞

(一)、腺腔ヲ形成シ多少乳嘴狀ニ腔内ニ突出シテ不正腔面ヲ圍ム者數個集合シテ一團ヲナシ、而メ大囊胞トハ薄キ結締織條ニヨリ隔ツルモ先キノ被膜樣結締織索ニヨリ包圍セラレテ此等ハ大囊胞ト倶ニ共ニ一團ヲ爲ス、腺腔ヲ圍ム上皮細胞ハ此際上記ノ者ト異ニメ細胞體稍々大、骰子形ヲ呈シ核又大ニメ「クロマチン」ニ富ミ「ヘマトキシリン」ニ濃染スル者ニメ本腫瘍ノ主成分ヲ構成スル細胞ニ一致スル者ナリ、腺腔又不正形ニシテ二三融合シタル如キ狀ヲ呈スル者アリ内ニ同上細胞ノ壞死崩解ニ陷レル物質ヲ容ル、而メ又中隔狀結締織乃至乳嘴狀突隆ノ基質ハ上記ノ如キ紡錘形細胞ノ密集スル者ニアラズシテ其量極メテ少ナキノミナラズ、甚ダ透明ニシテ恰カモ粘液變性ニ陷レル如キ狀ヲ呈ス、故ニ該部ハ弱擴大ニ於テハ細胞索列ガ蜿蜒屈曲シテ存在スルガ如キ狀ヲ示ス、之ニ接スル外圍結締織ノ薄層ハ多少緩粗ナルモ白血球浸潤等ナシ、同上性質ノ造構ヲ示ス者ニシテ同上大囊胞壁ニ近接シテ存在スル腫瘍竈ノ中心部壞死ニ陷レル者アリ、

(二)以上(一)ハ囊胞壁ニ近接スル一帶ニ渉リテ存在シ、爾他ノ部分(鈍三角形ヲナセル區域)ノ性狀ハ上段(ハ)(ニ)所記ノ者ト一樣ニメ、紡錘形結締織核ノ增量著シク、(一)ニ近キ部分ハ尙ホ小腺管像ヲ包有スルモ漸々遠カルニ從ヒテ腺腔減少シ遂ニハ全

部分及其他ノ壁ニ於テハ腺管腔ノ數個ヲ包含スル幼結締織ノ集積スルアリテ平滑ナラズ、腔内亦膠樣同質ノ物ヲ容ル、ノ外單純壞死ニ陷レル如キ頽廢物質アリ殊ニ小囊胞トノ中隔ニ接シテ存在シ其内容ノ一半ヲ占ム、

小囊胞　モ略ボ同性狀ナルモ、其一半壁ニ存在スル、而メ數個ノ腺腔ヲ所有スル結締織比較的多量ニ存在シ乳嘴狀ヲ爲シテ腔内ニ突隆ス、此結締織及腺腔ノ性狀等ハ上來所記セル者ト一致ス、而メ腔内ハ單ニ膠樣同質ノ者ヲ充タス、其壁ノ上皮細胞列ニ接界スル一帶ハ殊ニ透明ナル小圓形空胞狀ノ者一列ニ並ビ存シ、而メ之レハ内容物質ガ固定液等ニヨリテ緊縮シタルニヨリ生ジタリト稱スルヨリモ、却テ各細胞ノ分泌物ガ分泌當時ノ狀況ニ固定セラレタルガ如キ狀ニ在ル者ナリ、大小囊胞ノ中隔ヲ爲ス者ハ上段(ハ)記載ノ如キ性狀ノ者ニシテ其腺腔ト結締織トハ各適量ニ配置セラル、

今此等部分ヲ示メス切片標本ヲ肉眼ニテ透見スルニ上記大囊胞ノ半壁ヲ擁シツ、之レニ密接シテ存スル濃紫色ニ染メル略ボ鈍三角形ヲ成セル部分、周圍ノ「エオジン」ニ淡赤染セル結締織内ニ存置スル者アリ、ソハ鏡下頗ル興味アル像ヲ示ス、即チ二三性狀ヲ異ニセル組織ガ殆ンド移行的ニ該部ニ於テ雜居スル者ナリ、

ヲ呈シ(精檢スルニ微細顆粒狀ノ物質タリ)、或ハ「フクシン」ニ濃紅染セル(硝子樣變性ニ陷レル)結締織材ノ網狀ヲ爲スアリ、或ハ壞死竈ノ中心ニ於テ管腔ノ跡ヲ存スル者アリ、管腔ハ一部擴張シ、內ニ壞死ニ陷レル細胞群ヲ容ル、アリ、

(第三) 同上造構ヲ示ス腫瘍成分中特ニ其細胞小、核亦小ニメ「ヘマトキシリン」ニ濃染スル者ニヨリ構成セラル、部分アリ、或ハ單獨ニ一胞巢ヲ成シ或ハ他ノ性狀ノ者ト雜居ス、之レニ反シテ腫瘍主成分ノ者ニ比シ更ラニ大ナル細胞アリ、胞狀ノ大核(淡ク「ヘマトキシリン」ニ染ム)ヲ有シ核小體ノ二—三個ヲ所有スル者多クハ細胞列ヲ構成シツ、胞巢ヲ形成ス、前者細胞群ニハ核分割像等ノ進行性機能ヲ示サザルニ反シ後者ノ場合ニハ間々核分割像アリ、以上ノ如ク一見其性狀ヲ異ニスル者アリト雖前後者間移行的關係アリ、全ク同一種ナルコト明カナルト共ニ小者ハ萎縮ノ狀ニ在ルモ老者ニシテ、大者ハ幼若ニシテ比較的增殖盛ンナル部分ナルコヲ示ス者ナル可シ

(第四) 腫瘍主成分ノ結締織間質ハ概シテ強靭ナル纖維結締織ナルモ、隨所ニ其核ノ量ニ多寡アリテ新舊ノ差アルコヲ示ス、實質ノ增殖盛ンナル部分ニ接スル一帶ハ多少緩粗ニメ且ツ白血球浸潤アリ、爾他乳房內結締織ハ略ボ同性狀ニメ諸所ニ

ク結締織核ノ密存スルモノニヨリ占メラルヽニ到ル、

本項記載ノ區域ハ恐ラク囊胞形成及結締織細胞ノ增殖著シキ部分ニ於テ腺腫性癌ノ轉移ヲ示ス者ナル可シ、

第三、腫瘍ノ轉移

乳房基底部ニノ、腫瘍周邊部結締織内ニ淋巴織樣造構ヲ示ス部分アリ、即チ淋巴球ノ密集シテ芽心ヲ有スル小圓形竈ガ數多一所ニ融合群居シテ成ル如キ者ナリ而シテ其淋巴竇ニ一致セル腔洞内ニ(第一)所見ノ腫瘍主成分ヲ爲ス腫瘍細胞群存在シ、亦ハ淋巴織内ニ於テ腫瘍主成分ト同一性狀ニ造構ヲ呈スル大小數個ノ胞巢散在スルヲ見ル、茲ニ於テモ腫瘍ノ發育進步ト共ニ間質結締織ノ新生ヲ認ム、

○顯微鏡的所見摘要、

(第一)　主成分ヲナス腫瘍ハ胞巢狀造構ヲ示シ、腫瘍細胞ハ類圓、卵圓、橢圓等ノ稍〻ヘマトキシリン」ニ濃染スル核ヲ有シ、概ネ短圓柱狀ニ骰子形ヲ呈スル細胞タリ(大小形狀ハ餘リ一定セズ)、而ノ此等細胞ハ腺管像ヲ交ヘツヽ、或ハ細胞列ヲ構成シツヽ、或ハ然ラズシテ單ニ不正數層ニ層重シテ圓形ニ其他諸種形狀ノ胞巢ヲ形成ス、

(第二)　胞巢中心部ハ多ク壞死變性ニ陷リ「エオジン」ニヨリ淡赤染シ、一樣同質ノ觀

テ甚ダ其性狀ヲ異ニシ紡錘狀核ハ頗ル密存シ原形質「ピクリン」酸ニヨリ淡黃色ニ染ミ而シテ「フクシン」ニ染ム細キ纖維束微量ニ存在スルノミナリ此等細胞ノミヨリ成立スル區域ハ一見紡錘形細胞肉腫ト撰ブナキノ像ヲ呈ス而メ一部ハ外圍結締織内ヘ茸狀ニ膨出スル者アリ少數ノ腺腔及囊胞内ニハ一樣同質「エオジン」ニ稍濃染スル膠樣物質ヲ容ル又ハ「コロストルーム」小體類似ノ細胞ヲ交ユル者アリ

（第六）腫瘍周邊結締織内ニ一區劃ヲ明示スル腫瘍團アリ被膜樣結締織ニヨリ包圍セラル而メ上來記載セシ如キ性狀ノ大小二個ノ囊胞アリ（恐ラク交通スル者ナルヿ明カナリ）其大者ノ一半壁ヲ包擁シテ密接スル腫瘍組織ハ内ニ本腫瘍主成分ノ組織性狀ト殆ンド一致スル部分ヲ有シ爾他ノ部分ハ第五記載ノ如キ性狀ノ結締織增殖スル如キ觀ヲ示シ而メ腺腔ヲ所有シ又ハ然ラズシテ全ク紡錘狀結締織核ノ密存スル者アリ即チ該部分ハ實ニ囊胞形成及腺管中隔結締織增生ヲ示スノ部ニ於ケル本腫瘍ノ轉移ヲ致セル者トス

（第七）乳房基底部結締織内ノ淋巴樣組織内ニハ本腫瘍主成分組織ノ轉移ヲ示ス

考案

上來余ハ本腫瘍ガ全ク單純ナラズシテ略ボ二種ニ區別シ得可キ成分ヨリ成ル

少量ノ小葉狀腺管像アリ、血管殊ニ靜脈ハ內膜肥厚シ乳頭狀ニ數個腔內ニ突隆スルアリ、或ハ殆ンド全腔ヲ閉塞スルアリ、結締織內ニハ一般ニ多數ノ「マスト」細胞存在ス、

（第五）以上主成分ト一見造構性狀ヲ異ニスル而メ主成分中ニ限局性ニ割居スル（多クハ整然タル界アリ）別種ナルガ如キ成分アリ、多クハ圓形竈ヲナシ一定厚サノ被膜樣結締織ニ圍マル、（イ）全ク一囊胞ヲ形成スル者アリ、（ロ）亦ハ同囊胞壁ノ一部ニ腺管像數個ヲ所有スル幼結締織集積シ、コハ或ハ乳嘴狀ニ腔內ニ突隆スル者アリ（ハ）又二三小囊胞ヲ有スル傍ラ形狀種々ナル腺管斷面ヲ有シ、多量ノ結締織中隔ニヨリ各自堺サル、（ニ）中隔狀結締織ノ量ハ以上ニ比シテ遙カニ多ク之レニ反比シテ腺管像ノ少ナキ部分アリ、更ニ結締織量多クシテ、其腺管像ハ極メテ少數ナルカ或ハ全ク認メ得ザル者アリ、以上ノ諸像ハ何レモ隣接シテ一團ヲナシ其階級的變狀ヲ明示ス、腺管腔ヲ圍繞スル上皮細胞ハ主成分ヲナセル腫瘍ノ細胞ニ比シテ少シク小ナル、而メ核又淡ク「ヘマトキシリン」ニ染ム短圓柱狀—骰子形細胞ニメ常ニ必ズ一層ニ整然並列スル者ナリ、而メ囊胞腔ヲ圍繞スル細胞列ニ移行スルヿ明カニシテ兩者細胞ノ性狀配列ハ全ク一致ス、該部ノ結締織ハ腫瘍主成分ノ間質ニ比シ

心部ニ於テ、已記セル如ク硝子樣變性ニ陷レル如キ結締織ガ管腔ニ沿フテ存スルノ像又ハ之レニ適スル彈力纖維存在ノ模樣(彈力纖維ガ該結締織ノ經過ー中等大排乳管ノ基礎膜ーニ全ク一致シテ存在セザルハ、退行變性ノ度強キ爲メ已ニ染色セザルニ據ル可シ)、又殆ンド凡テノ擴大性(同時ニ浸潤性發育增殖ヲ營ム本腫瘍胞巢ノ中心部(最舊部)ニ中等大排乳管ノ痕跡ヲ認メ且ツ舊腺管ノ囊胞形成若シクハ多少ノ增生ヲ示シ管狀腺腫ノ像ヲ交ユルニ鑑レバ腺腫性癌ナル本腫瘍發生上ニ於テ中等大排乳管ガ密接ナル關係ニアル可シト想像スルニ難カラザル者アリ、

(第二) 主成分腫瘍組織內ニ概シテ孤在セル明劃ナル境界ヲ示シツヽ略ボ圓形ヲ維持シ、被膜樣結締織ニ包圍セラレテ存在スル腫瘍(余ノ第二成分ト做ス者)ノ種類性質ハ如何

多ク細長ナル腺管ガ、紡錘形核ノ密存セル結締織中隔ニヨリテ略ボ平等ニ分隔セラレ、而メ被膜樣結締織ニ包圍セラレテ存在スルノ狀ハ一見屢々人類乳房ニ來ルト稱スル、纖維性上皮性腫瘍タル纖維性腺腫或ハ纖維肉腫性腺腫ト同一物ナルヲ想ハシム、而シテ間々大ナル囊胞ヲ交ユルニ於テハ更ラニ纖維性(或ハ纖維肉腫性)囊胞性腺腫ト稱シ得可シ、

コヲ已述セリ、而シテ余ガ主成分ト做セル腫瘍ハ他ノ腫瘍成分ト發生的如何ナル關係ヲ有スル者ナルヤ、余ハ先ヅ此等關係ヲ考察シテ後第二成分ナル間質新生ノ意義ニ就キ聊カ解釋ヲ試ミント欲ス、

（第一）主成分腫瘍ハ何種ノ腫瘍ニ屬ス可キカ、又其發生ハ如何、

肉眼的及鏡下所見ニ詳述セルガ如ク、腫瘍ハ明カニ胞巢狀造構ヲ示シ周圍結締織内ヘ擴大性—浸潤性ニ發育增殖スル本腫瘍ノ實質細胞ハ短圓柱狀乃至骰子形ニメ、其胞巢ノ周邊ニ層重スル腫瘍細胞ハ腺腔ヲ圍繞スルノ傾キヲ有シ、更ラニ其胞巢ノ中心壞死部ニ於テハ彈力纖維ガ染色上、腺管（此際ハ排乳管基礎膜斷片ト認ム可キ者、或ハ强靱ナル結締織内ヲ貫キテ、腫瘍細胞ガ盛ンニ浸潤增殖シタルノ跡ヲ示スニ於テ、其他乳房周圍淋巴組織内ニ轉移アルコ、又ハ手術後再發シ、病犬ヲ漸々衰脫死ニ致セルガ如キ病歷ニ徵スルモ本例腫瘍ガ惡性上皮性腫瘍—癌腫ナルコ勿論ニシテ且ツ其細胞群ガ腺腔ヲ圍ム性狀ナルニ據リテ腺腫性癌腫ト稱シ得可キ者ニシテ、全ク人類乳房ノ同性癌腫ト撰ブナキ者タルコヲ知ル可シ、

然リト雖已ニ發育增大著シキ本例ニ於テハ其發生當初ノ狀態如何ナリシヤハ到底窺知スルコヲ得ザルモ腫瘍最舊部ト認ム可キ部ノ一二胞巢壞死竈ノ略ボ中

內ニ分布セラレ、其一二腺腔ノ小囊胞狀ニ擴張セル者、亦ハ隣位腺腔ト融合シタル如キ狀ヲ呈スル者、更ラニ進ンデ擴大融合シテ一大囊胞ヲ成スニ到レル者等移行的順序ヲ示ス者アルニ於テハ、是等ハ必ズヤ原發的ニ腺上皮細胞ノ已ニ腺腫性發生ヲナシテ後、其腺腔ノ或ル者ニハ漸々分泌液瀦溜スルニ伴ヒテ擴張シ、漸次其度ヲ進メテ以上ノ囊胞形成ヲ爲スニ到レルヤ普通人類乳房ノ纖維性腺腫ノ其レト軌ヲ同フスル者テル可シ、尤モ此等囊胞形成ニ就テハ Ribbert, Bormann, 氏等ハ以上ノ方法ヲ否ナリトシ、腺腔內分泌液瀦溜ニ依ル內壓亢進ノ結果ハ(周圍結締織多ク强靱ナルニ於テ)、其分泌上皮細胞ハ壓迫壞死ニ陷ル可ク、故ニ過度ニ擴張スルヿ難シトナスニ對シ、Borst ハ專ロ分泌液貯積ニ伴フ腔ノ擴張ヲ以テ說明セントスル如シ、余ハ本例ニ於テ此等囊胞發生說ノ是非如何ヲ立證スルニ勉ムル能ハザルモ、兎モ角腺腔ガ分泌液瀦溜ニ依リテ囊胞形成ヲ營ミ得ルヿハ本例ニ見タル如上所見ニ徵スルモ其事實ナルヿヲ信ズル者ナリ、而ノ偶々囊胞壁ノ一部ニ於テ眞正乳嘴狀ノ觀ヲ呈スル者アレドモ、余ハ其表面上皮細胞ニ現在特ニ增殖ノ模樣ヲ見ズ、其結締織又腺腫像ヲ示ス部分ノ中隔結締織ニ比シ核ノ餘程少ナキヿ核ノ形狀細偏ナルヿ等ニヨリ、乳嘴形成ガ腺上皮ノ增生ニヨルカ將

抑モ該腺腫組織ハ當初腺管壁上皮ノ原發的ノ增殖ニヨリテ發生シタル者カ、或ハ當初已存管壁ヨリ囊胞形成アリテ後周圍結締織ガ乳嘴狀突起ヲ囊胞腔内ニ生ジ遂ニ囊胞腔ヲ分劃シテ腺管像ヲ示スニ到リシ者カ(即チ Fibroma intracanaliculare ノ意味ニ)、

腺管壁上皮細胞ハ短圓柱狀乃至骰子形ニシテ淡ク「ヘマトキシリン」ニ染ミタル胞狀核ヲ有シ、正シク一列ヲ爲シテ腺腔ヲ圍ミ、異型增殖等ノ認ム可キ者ナク却テ普通排乳管上皮細胞ノ性狀ト略ボ一致スル者アリ、而シテ現在ノ腺管腔ハ直チニ隣接スル囊胞腔(薄キ强靱ナル結締織中隔ニ堺セラレテ、或ハ被膜樣物ニ圍マル、同一區域内ニ於テ存在スル)ト交通スルヿ明カニシテ各自ノ上皮細胞列亦相互ニ連續移行スル者ナリ、

今全ク平滑ナル腔壁ヲ示ス略ボ圓形ヲナセル可成リ大ナル囊胞ニ就テ見レバ已ニ固有壁又ハ基礎膜トシテ認ム可キ者ナク、排乳管ノ是レニ交通スル者ナシ、故ニ是レハ直チニ排乳管其物ノ一部ガ擴張シテ濾溜囊腫樣トナリシ者ナリト認ムル能ハザルナリ、或ハ以テ細小輸乳管ノ遺存物トモ見ルヿヲ得ンカ、

之レニ反シテ其大多數ノ像ニ於テハ諸斷面ヲ示ス腺管腔ガ略ボ平等ニ結締織

間質結締織ノ性狀餘程趣キヲ異ニスル者アルヿハ上來屢々反覆記載シタル所ナリ、人類乳房ニ於ケル纖維性腺腫ニ於テモ間質ハ細胞ニ富ミ殆ンド纖維性肉腫性腺腫トモ謂フ可キ者アリ、然カモ其ノ絡ニ強靱ナル結締織新生ニ歸スル者アルハ奇ナラザレモ、本例腺腫像ニ於ケルガ如ク結締織中隔ノ增殖著シク、漸々腺管像ノ減退シ、全ク腺管ヲ交ヘザル、純結締織成分ヨリ成レル腫瘍竈ニ變スル如ク、漸次隣接シテ變遷ノ移行像ヲ明示スル場合ニ於テ亦以上ノ如ク解釋ス可キ者ナルカ、

Borst ハ人類乳房雜腫瘍ノ記載ニ於テ腺腫形成ニ當リテ其間質結締織ガ單ニ數量的ニ增殖スルノミナラズ其性狀亦固有ニノ、核ノ多數密存スルヿ恰カモ紡錘形細胞肉腫ノ觀ヲ呈スル者アリ、或ハ又粘液樣組織トシテ現ハルヽアリト(氏ハ之レヲ乳房雜腫瘍ノ第二類ニ算入ス)余ハ農科大學時重敎授ガ好意ニヨリ惠與セラレタル數個ノ犬乳癌組織片ノ中一例ニ於テ其間質性狀ノ頗ル興味アルモノヲ附記センニ、數個ノ大小囊形成アリ、尙亦明カニ排乳管存在シ、何レモ多少擴張スル者ノ如ク一部ニ於テハ其上皮細胞ハ增殖シテ新タニ管腔ヲ分岐スル如ク、又ハ實性細胞突起ガ基礎膜ヲ壓排シテ周圍ニ增殖セントスル如キ狀ヲ呈スルアリ、而シテ特ニ著明ナル變狀トシテハ核小體ノ二三個ヲ所有シ頗ル大ナル胞狀核ヲ包含スル

タ腺周圍結締織新生ニ繼發スルカヲ斷言シ得ザレ𪜈兎ニ角本例主腫瘍發生前階級トシテ囊胞形成及乳嘴新生ノ存シタルハ疑フ可キニアラズ、

(第二)　而メ茲ニ余ガ最モ知ラント欲スルハ第二成分ニ於ケル腺管ノ新生ト間質紡錘形細胞ノ增生トノ關係如何ニ在リ、

第二成分内ノ腺腫ハ多ク被膜樣結締織ニ包裡セラレテ孤立スルノ狀ニ在リ、偶々腺腫性癌腫ト連續シテ一胞巢ヲ共成スル如キ像ニ於ケルモ腺管ガ囊胞狀ニ變化セル部分ニ向ツテ繼發的ニ癌腫組織ノ侵入シタルノ蹟明カナリ、腺腫腺管ノ上皮ハ現在毫モ增殖スルノ傾向ヲ示サヾルニ中隔結締織細胞ノ增殖ハ寧ロ盛ンニシテ漸々腺管數ノ減少シ、遂ニハ此等腺管ヲ所有セザル結締織竈ニ變化スル如キ階段的變狀ヲ示ス者アリ、

抑是等所見ハ此腺腫像ガ專ラ遺存乳腺々管ニ一致シテ其諸所ニ多少ノ增生ヲ示ス者ナルヲ知ルニ足ランカ、

偖然ラバ紡錘形細胞增生ノ意義ハ如何、本例ノ腫瘍間質結締織ハ主腫瘍タル腺腫性癌ニ於テハ概シテ强靭ナル核ニ乏シキ纖維性結締織多量ニ存在スルノ外特ニ注意ス可キ者ナキニ反シテ第二成分トメ記セル腺腫像ヲ示ス部分ニ於テハ

交ユル者又更ラニ大ニ纖維性間質ニ富ミ細胞ニ乏シクナル者等ノ移行像アルニ徴シ、茲ニ一旦增殖セル紡綞細胞ハ瘢痕形成ノ中間階級ニ見ル其レト同意義ノ者ナルニ過ギザルヲ想定スルコヲ得可ク隨ツテ本例腫瘍第二成分內間質ノ紡綞細胞增殖ハ之レヲ癌ノ刺戟ニ因由セリト謂ハンヨリハ寧ロ他ノ未知ノ原因(或ハ腺管ノ增生ノ夫レト同シキ)ニ由來シ、然カモ尙正型的ニメ纖維性結締織ヲ生ズルノ性質ヲ保チ、此種細胞增殖ノ盛ンナル部ノ腺管細胞ハ囊胞形成以上ニ發育セザルニ反シ、他ノ間質細胞ノ增殖然ク盛ンナラザル所ニ於テ癌腫ノ發生ヲ將來セル者ト解釋スルヲ以テ穩當ナリトス可シ、而メ人類乳房ニ於テ腺腫—癌腫發生ノ場合ニ際シ、本例ノ如キ間質增殖狀態ノ存在稀ナラザル可キハ纖維性腺腫ノ多キニ徴シテ明ナレモ唯吾人ガ肉腫樣肉芽性間質時期ニ遭遇シ得ルノ場合甚ダ少ナシ、然レバ則チ本例ハ實ニ吾人ニ教ユルニ、近年動物癌移植試驗ノ際、移植地ニ、肉腫ヲ發生セリトノ事實ヲ自身研究スルニ當リ、先ツ所謂肉腫ハ或ハ尙本例ニ於ケルガ如キ者、或ハ此時機ニ在ル者ニ非ラザルヤヲ考慮セザル可カラズ、隨ツテ所謂肉腫ハ陽性移植ヲ待タズ、單ニ組織所見ノミニテハ之レヲ肉腫新生ト唱フルノ早計ニ失スル者ナルコヲ以テスル者ナリ、故ニ一面腺上皮成分ガ增生ノ傾キヲ示セル際、一

略ボ紡錘形ノ大細胞群居スル一部分アリ、其細胞ハ一見表皮性ナルヤヲ疑ハシムルモノナリト雖モ、此等細胞群ガ漸々移行シテ粘液様組織トナリ、而シテ該部ニ存スル少數ノ星芒狀細胞群ト境界ナク、又周圍ノ普通結締織トモ顯著ナル境ナシ、此等性狀ニ據ルニ恰カモ粘液性肉腫ノ名稱ヲ附シテ可ナル如ク、而シテ該部ハ排乳管ガ擴張シテ成セル囊胞狀空洞ノ半壁ニ座シテ、可成リ廣キ部分ニ渉リテ略ボ限局性ニ存在ス、扨テ余ノ例ニ於ケル第二成分タル腺腫ノ間質ハ又紡錘形細胞肉腫ト毫モ撰ブナキノ像ヲ呈シ、其可成リ大ナル竈ニ於ケルモ其細胞未ダ新舊ノ別ヲ示サズ、平等ニ四邊ニ擴大性ニ增大シ、而シテ或ハ一部莢狀ニ周圍結締織内ニ膨出スル等ノ性狀ヲ示スニ於テ、又ハ他ノ部分ニ於テ同時ニ雜居スル腺管ヲ壓迫萎縮ニ陷ラシムル等ノ所見ハ其增殖力ノ徐程盛ンナルヿヲ意味スル者ニメ、若シ四邊ニ增殖力盛ンナル癌腫ノ存在スルナク、亦硬靭ナル結締織ニ包圍セラルヽナカリセバ、更ラニ增大著シカル可キヲ想像シ得ル者ナリ、

余ハ以上二例ノ犬乳房腫瘍ノ間質ニ於テ何レモ紡錘形細胞肉腫ト同樣ノ像ヲ認メシト雖モ直チニ之ヲ以テ眞ノ肉腫ト認メ能ハザルハ勿論ニシテ、殊ニ本例ニ於テハ殆ンド純然タル紡錘形細胞性間質團ト相接シテ、已ニ多少ノ纖維性間質ヲ

ノ・ヲ保ツニ於テハ所謂肉腫性癌腫ヲ生ゼシムルニ到ルヤ可シト雖本例ニ在リテハ此並ニ紡錘細胞ノ増生ハ肉腫變性スルニ至ラズ到ル所纖維性結締織ヲ生ゼシメタリ

稿ヲ終ルニ臨ミ余ハ恩師山極教授ガ貴重ナル材料ノ調査ヲ命セラレタルコトニ

ヒニ懇篤ナル指導ヲ下サレタルヲ鳴謝ス

Literatur:

山極氏, 胃癌發生論;

山極氏, 病理總論講義;

Casper, Geschwülste der Tiere. Lubarsch.-Ost., Ergebnisse d. all. path. u. path. Anat. d. Menschen u d. Tiere, III. J. g. 1896;

Borst, Seine Geschwulstlehre;

Warren, J. C., Krebsforschung. Bd. VI;

Greenough, R. B., Ibid. Bd. VI;

Kaufmann, Sein Lehrbuch d. path. Anat.;

Ziegler, Sein Lehrbuch d. path. Anat.;

Tietze, Epithelveränderungen in d. senilen weiblichen Mamma, Berlin. klin. Wochenschr, 1904;

面他ノ部ノ中隔結締織ハ紡錘形細胞肉腫樣造構ヲ示シツヽ、盛ンニ增殖スルヲ示スノ狀ハ頗ル興味アル事實ニシテ、若シ以上ノ如ク兩者相互ノ增殖力ニ偏頗ナク全ク隨所ニ平衡ヲ保ツニ於テハ所謂肉腫性癌腫ヲ生セシムルニ到ル可キヲ思ハシムル者アルナリ、

結論

（第一）本例、犬乳癌ハ腺腫性癌腫ガ主成分タルノ傍ラ、該癌腫組織內ニ遺存シ、限局性ニシテ被膜樣ニ結締織ニ包圍セラレテ存スル腺管ノ纖維性腺腫ノ造構ヲ交ヘタリ、

（第二）組織的所見（腺腫性癌）及肉眼上囊胞及乳嘴形成ノ存在ニ徵シ本乳癌ハ恐ラク中等大輸乳管ヨリ發生セル者ナル可シ、

（第三）此ク一面ニ於テ腺上皮ガ異型增殖セシ場合ニ當リ、其腺腫樣像ヲ示ス部分ニ於テハ間質結締織細胞增生シ、恰カモ紡錘形細胞肉腫ノ像ヲ呈スル者アリ、

（第四）然カモ肉腫樣ノ觀ヲ呈スル部分ハ、其結締織ノ增殖ニヨリ同部ニ存セシ腺管ヲ堙滅セシムルニ到ルコトハ移行像ノ明示スル所ニシテ其上皮ニ比シテ結締織成分ノ增殖力特ニ逞シキヲ證スル者ナリ、故ニ若シ隨所ニ兩者成分ノ增殖力平衡

(乙)、遺傳
(丙)、年齡
第二章。食道癌ノ頻度
(甲)、食道癌ト剖檢總數トノ割合
(乙)、食道癌ト癌腫全體トノ割合
(丙)、諸種臟器ノ癌腫ニ對スル割合
第三章。食道癌ノ臨床的病狀及經過
(甲)、病狀
(乙)、經過
第四章。食道癌ノ解剖的關係
(甲)、發生ノ部位
(乙)、食道癌ノ解剖的狀態
(丙)、食道癌ノ蔓延狀態
第五章。食道癌ノ合併症
(甲)、病變
(乙)、食道癌ト關係アル病變
第六章。食道癌ノ診斷
第七章。食道癌ノ死因
(甲)、直接死因
(乙)、手術後ノ生存日數

Keibel, Zwei Fälle v. Cystoadenoma mammae, Berlin. Klin. Wochenschr. 1904;
Ribbert, Seine Geschwulstlehre;
F. Coen, Beitrag zur normal. u. path. Anat. d. Milchdrüsen, Ziegler's Beitrage Bd. 2, 1888.

○食道癌ノ病理解剖學及ビ組織學幷ニ臨床上ノ統計的研究

(Zur pathologischen Anatomie-Histologie und klinisch statistische Studie über den Oesophaguskrebs).—畧圖十三個—

京都醫科大學病理學研究室ニ於テ
醫學士 渡邊喜三述

目次

序說幷ニ研究材料
(甲)、序說
(乙)、研究材料
第一章。食道癌發生ノ素因的事項
(甲)、男女ノ割合

(乙)、研究材料

第一例、　土木商、男、五十六歳

臨床的診斷。　胃癌、

明治三十四年五月二十四日死亡

病歷。

母ハ上顎骨癌腫ニテ死セリト云フ。患者ハ死前八十日、胸部ニ疼痛ヲ感ジ、嚥下困難ヲ訴ヘ後嚥下不能トナリ、頸部腫脹ヲ來タシ、時々惡臭液ヲ吐ク。食道「ブジー」ハ門齒ヲ去ル三十七 cm. ニ於テ、狹窄ヲ觸ル。五月二十二日外科的手術ニヨリ胃瘻形成。

剖檢所見。

噴門ノ上方五 cm. ノ所ヨリ、食道壁ニ沿フテ十三 cm. ノ間、扁平潰瘍ヲ形成シ、中央部ニ當リ最モ甚シキ所ハ食道ノ全周圍ヲ犯シ、粘膜ノ比較的犯サレザル所ニハ數個ノ比較的小ナル潰瘍アリ。一般ニ食道ノ周圍ト強ク癒着シ、噴門部淋巴腺數個腫大ス。心筋及腎臟ハ實質性變性ヲ呈シ、肝臟ニ脂肪變性アリ。其他大動脈管壁ノ硬化、左腎盂纖維腫及胃加答兒性炎ヲ有ス。

第二例、　藥商、男、四十六歳

臨床的診斷。　食道癌、

明治三十四年八月二十三日死亡、

病歷。

五六年前ヨリ食後胃部停滯ノ感アリ。六ケ月前ヨリ熱キ食物ノ嚥下ニ際シ、食道ニ焦熱ノ感アリ。夫

第八章。食道癌ノ病理組織學

(甲)、食道癌組織的構造ノ概觀

(乙)、食道癌ヲ構成スル細胞ノ狀態

(丙)、食道癌ノ組織的增殖狀態

(丁)、間質結締織ノ關係

○序說幷ニ研究材料

(甲)、序說

癌腫ニ就テハ、攻究スベキ方面モ問題モ尙決シテ盡キズ。而シテ人種ノ異、風俗ノ別、生活ノ狀態殊ニ飮食物相違等ノ點ヨリ見ルモ、我國ニ於ケル癌腫研究ハ尙一層ノ隆興ヲ期スベキ必要アリ。

今余ガ食道癌ノ研究ヲ企テタルハ、(一)以上ノ理由ニヨリテ食道癌ガ他ノ消化器系ノ癌ト共ニ、殊ニ吾人ノ注意ヲ促スヿ。(二)我國ニテハ胃癌ニ比シテ、食道癌ノ研究尙比較的少キヿ。(三)臨床上、食道癌ガ(臨床上診斷ガ必ズシモ皆ナ容易ニ非ルヿ、治療的手術ノ困難)、他ノ消化器系癌ニ比シテ多少ノ特色アルヿニ因テナリ。

余ガ今病理解剖學、及ビ組織學幷ニ臨床上ノ統計的研究ヲ擧グルニ資セシ材料ハ左ノ如シ。

膠間膜根ニモ轉移アリ。右肺下葉ニ腐敗性肺炎アリ。且兩肺ニ鬱血ヲ存シ、冠狀動脈及大動脈ニ硬變アリ。氣管枝ハ兩側共加答兒性炎ヲ認ム。

第四例、　魚商、男、五十六歲、

臨床的診斷。食道癌、

明治三十六年三月十二日死亡、

病　歷。

一昨年腹水アリ、穿刺ニヨリテ治セリ、昨年十二月ニ至リ左右頭部ニ放射スル疼痛アリ、漸次羸痩シ發言ニモ困難ヲ覺ヘ。本年一月ヨリ咽頭部疼痛及嚥下困難アリ、咳嗽略痰ナカリシモ其後次第ニ增惡シ、喉頭部少シク腫脹シ壓痛ヲ發セリ。三月十一日外科的手術ニヨリテ腫瘍全部ヲ剔出セシニ、脈膊漸次不正ニ陷リ、翌日死亡ス。嗜酒ノ癖アリ、喫煙セズ。

剖檢所見。

腫瘍部ヲ食道ニ存セズ。心筋ニ脂肪變性、肺臟ニ鬱血及浮腫アリ。喉頭、氣管、及氣管枝粘膜ハ加答兒ヲ呈ス。肋膜ハ一部分纖維癒着ヲ呈シ脾臟ノ表面被膜ハ纖維性肥厚ヲ伴ヒ、肝臟硬變アリ。大動脈管上行部ハ硬化ス。

外科的手術ニヨリテ知リ得タルコト左ノ如シ。

喉頭ハ全ク變化ナク、甲狀腺腫大シテ硬ク腫瘍變性ヲ呈シ。食道部ハ腫瘍ヲ以テ充サレ。惡臭ヲ放チ前後兩壁ハ夫々環狀軟骨及脊椎骨ト癒着セリ。

第五例、　農、女、四十六歲、

レヨリ一ケ月チ經テ流動食ノ外通過セザルニ至リ、而モ食スレバ從テ嘔吐シ羸痩日ニ加ハル。プシ」ハ門齒々列ヨリ三十一㎝.ノ所ニ於テ狹窄チ觸ル。七月二十五日外科的手術ニヨリ胃瘻形成。

剖檢所見。

氣管分岐部ニ當リ、長サ凡ソ四㎝.ニ達スル扁平潰瘍アリ。食道ハ氣管ト癒着シ、肺ハ所々ニ許多ノ結核病竈チ有シ、兩肺上葉ニ纖維性硬變アリ。又肋膜ハ兩側共纖維性癒着チ呈ス。

第三例、　相撲世話係、男、五十七歲、

臨床的診斷。　食道狹窄(癌)、

明治三十六年一月二十二日死亡、

病　歷。

三十五年七月頃、食物嚥下時ニ胸部閉塞ノ感チ有シ、食物ノ通過困難チ來タシ、漸次增惡シ來リ、九月中旬ニ至リ右鎖骨上窩ニ鷄卵大ノ腫物チ生ゼリ。但シ無痛ナリキ。翌月ヨリ咳嗽及咯痰アリ、十二月初旬ニ至リ音聲嘶嗄チ來タシ、同月中旬ヨリ固形物全ク通過セズ、而モ液狀體通過後二三時間ニシテ之チ吐出セリ。翌年一月十九日胃瘻形成術チ行ヒシニ、二十二日朝突然脈膊不正トナリテ鬼籍ニ上ル。

剖檢所見。

氣管分岐部ニ相當スル所ヨリ二㎝.下方ニテ、食道前壁ニ長サ六㎝.巾ハ廣キ所ニテ三、五㎝.ノ潰瘍チ呈シ狹窄アリ。其中央ニテ稍右ニ偏シ長サ一、二巾〇、七㎝.ノ穿孔アリ、右肺下葉ノ內緣ニ通ズ。食道癌部ハ周圍ト癒着シ、噴門部淋巴腺ハ銀杏大ニ腫脹シ、肝臟ニ傳移チ證明ス。道部、氣管、腹膜後、

ニ七月一日胸部疼痛ヲ訴ヘ、翌日突然呼吸促迫ヲ以テ殪ル。

剖檢所見。

食道部ヨリ三、五 cm. 以下ニ於テ、長サ二 cm. 巾一 cm. ノ潰瘍アリ。又胃始部ヨリ上方四 cm. ノ所ニ横ノ長サ三 cm. 縦ノ巾一、五乃至三 cm. ノ不正形潰瘍アリ。其右側ニテ胃始部ヨリ上方四 cm. ニ當リテ、胡桃大ノ乾酪性淋巴腺ノ轉移アリ。右側氣胸ヲ有シ、右側肋膜ハ出血性纖維素性癒着ヲ營ミ、之ニ膿性ノ漿液ヲ容ル。右肺ハ膨脹不全ヲ呈シ、胃加答兒アリ。肝臟ニ「ヂストマ」蟲ノ寄生アリ、且肝臟ノ實質變性アリ。腎臟ノ實質變性アリ。

第七例、　銀行員、男、四十三歳、

臨床的診斷。食道及氣管周圍ノ腫瘍(癌)、

明治三十八年十二月十七日死亡、

病　歷。

本年六月三日、咯痰嚥下ニ際シ、異樣ニ抵抗ノ感ヲ起シ、翌月ニハ呼吸困難ヲ伴ヒ、九月ニ至リテ固形物通セズ。嘔吐頻數、頭部ノ壓痛及甲狀軟骨下ノ腫脹アリ。嗄嘶ナキモ呼吸困難甚ダシキ爲メ、十月二十四日氣管切開術ヲ行ヒ、十二月一日胃瘻ヲ形成ス。同月五日ヨリ右胸蜂窩織炎ヲ起シテ死亡ス。嗜酒。

剖檢所見。

食道ニ於テ甲狀軟骨下緣ヨリ十二 cm. ハ全ク壞爛セル腫塊狀ヲナシ、其下緣ヨリ六、五 cm. ヲ隔テ二、五 cm. ノ長サアル楕圓形潰瘍アリ。脊椎、喉頭、食道、氣管ノ周圍ハ皆癒着シ、鎖骨ハ兩側共ニ「カリ

臨床的診斷。 食道狹窄(癌)、

明治三十七年五月十三日死亡、

病歷。

死前十四ケ月ヨリ胸部ニ食物停滯ノ感アリ。漸次食物ノ通過困難トナリ、七ケ月ノ後ニハ時々嘔吐アリ、大ニ羸痩ス。三十七年二月二十九日、「ブージー」ヲ通ズルニ門齒々列ヲ去ル二十七 cm. ノ所ニ狹窄ヲ觸レタリ。五月四日胃瘻形成術ヲ行ヒシニ、三日ヲ經テ下垂肺炎ヲ發シ、十二日鬼籍ニ上ル。

剖檢所見。

噴門ノ上方二 cm. ノ所ヨリ、上方十三 cm. ノ長サニ亘レル癌腫アリ。其中央ハ潰瘍ヲ形成スルモ、上下ノ兩端ハ然ラズ。氣管ト癒着ス。肺ハ兩側共加答兒性及腐敗性氣管枝肺炎ヲ呈シ、癌轉移ヲ噴門部胃小彎部、縱隔膜氣管周圍ノ諸淋巴腺并ニ胃壁ニ證明シ、胃粘膜ハ加答兒性炎ヲ呈ス。心臟ハ褐色ヲ帶ビテ萎縮シ、所々ニ皮下及粘膜下ノ出血アリ。肋膜ハ兩側共纖維素性癒着ヲ營ム。

第六例、農、男、五十一歲、

臨床的診斷。 食道狹窄(癌)、

明治三十八年七月二日死亡、

病歷。

昨年十一月感冒ニ罹リテヨリ、喉頭部ニ異物及乾燥ノ感アリ。本年三月ヨリ固形ノ食餌ハ、左側第四肋間部ニ停滯スル感ヲ起シ、五月中旬ヨリ嚥下困難及嘔吐アリ。六月三十日食道鏡檢ニヨリテ門齒々列ヨリ三十四 cm. ノ下部ニ「ポリープ」狀ノモノアリテ出血スルヲ知リタリ。未ダ手術ヲ加ヘザル

第九例、　　晴業、男、五十六歳、

臨床的診斷　食道癌、

明治三十九年十二月一日死亡、

病　歷。

本年五月頃ヨリ輕度ノ嚥下痛アリ。十月頃ヨリ流動食ノ外通過セズ。翌月ニハ呼氣ニ際シ稍苦悶ヲ感ジ嘔吐アリ、且時々血痰ヲ咯出ス。十一月二十九日食道鏡檢ヲ行ヒシニ、門齒々列ヨリ二十二cm. ノ所ニ於テ食道壁ノ左稍前方ニ暗赤色ノ腫瘤ヲ認メタリ。同日胃瘻ヲ形成セシニ翌日上腹部疼痛及口渴ヲ訴ヘ、十二月一日苦悶ヲ訴ヘ、鳥籍ニ上ル。生來酒ヲ嗜ム。

剖檢所見。

披裂軟骨ヨリ十二、二cm. 下部ニヲ、長サ十一、五cm. ニ亘レル食道癌潰瘍アリ。其中央部ハ直ニ左氣管枝ニ穿入ス。此潰瘍ノ上緣ヨリ上方三、二cm. ヲ巨テ、長サ一、cm. 巾〇、七cm. ノ潰瘍アリ、胃噴門周圍淋巴腺及前縱隔膜ノ淋巴腺ニ轉移アリ。肋膜ハ兩側共纖維性癒着ヲ營ミ、兩肺共加答兒性及腐敗性肺炎アリ。又右側肺尖ニ結核性空洞ヲ認メ、氣管淋巴腺ニ結核性病竈アリ。

第十例、　官吏、男、五十四歳、

臨床的診斷　縱隔膜腫瘍及梅毒第二期症、

明治三十九年十一月三日死亡、

病　歷。

二十年前咯血セシコトアリ。本年四月以來時々發熱アリ、當時「ギーメン」及水胞音ヲ左肺下葉下部及右

エス狀ナリ。兩側腐敗及加答兒性肺炎アリ。又兩側肺尖部ノ肋膜ハ纖維性及纖維素癒着ヲ營ミ、兩側氣管枝加答兒アリ。前縱隔膜ハ癌腫ノ侵入ヲ受ケ小兒手拳大ニテ、潰瘍狀崩壞ヲ呈ス。頭部及氣管周圍ノ淋巴腺モ亦癌腫ノ侵入ヲ受ク。氣管枝淋巴腺ハ數個指頭大ニ腫脹スルモ、限局性病竈ナシ。

第八例、　教師、男、五十九歲、

臨床的診斷。　喉頭癌、

病　歷。　明治三十九年二月十七日死亡、

昨年六月頃、左側頸部ニ指頭大腫瘍ヲ生ゼリ。壓痛ナカリシガ終ニ林檎大トナリ、甲狀軟骨ハ著シク前方ニ突出シ、稍大ナル食塊ハ嚥下スルコトヲ得ズ。又嚥下セントスレバ咽頭ニ疼痛アリ、又痛ミハ時々左耳ニ放射シ、聲音嗄嘶アリ。嘔吐ナシ。二月十六日午後三時外科的手術ニヨリテ、腫瘍ト同時ニ左側總頸動脈ヲ切除シタリ。當夜十一時右側手足共ニ運動不能トナリ、麻痺ヨリ全ク覺醒セザルガ如ニシテ瘧ル。

剖見所見。　食道起始部後壁ニ當リ、長サ六 cm. 巾二 cm. ノ腫瘍ヲ存シ、之ヲ食道壁ヨリ縱ニ二分スルニ、其左方上半ハ膨隆強ク、下半ハ潰瘍ニ陷ル而シテ其右半ハ之レニ反シテ上半潰瘍ヲツクリ、下半ハ膨隆ス食道起始部ハ其周圍ニ於テ一帶ニ總頸動脈ト癒着ス。膿ハ輕度ナルモ大部ニ亘リテ軟化シ貧血ヲ示シ、兩側肋膜ニ纖維性癒着アリ。右肺ニ治癒シタル結核病竈ヲ認メ、左肺下葉ニ廣キ加答兒性下垂肺炎ヲ存シ、氣管周圍ノ淋巴腺ハ乾酪變性ヲ呈シテ且ツ石灰沈着アリ。肝臟ニハ「ヂストマ」蟲寄生アリ。

加シ嚥嘶アリ、當時第十一號「ブージー」ハ門齒々例ヨリ二十三 cm. 以下ニテ、凡ソ一 cm. ノ狹窄ヲ感ジツヽ無事通過セリ。七月十四日快感ヲ覺ヘテ退院セシモ、十二月一日再ビ入院シ、同日胃瘻形成術ヲ行ヒシニ、六日衰弱ヲ以テ瘞ル。生來酒及茶ヲ好ム。

剖檢所見、

食道上端ヲ去ル下方十 cm. ノ所ヨリ、長サ十二、巾七 cm. ノ癌潰瘍ヲ形成シ、管腔狹窄ヲ來タス。潰瘍ノ中央ニ於テ長サ六、巾〇、五 cm. ノ穿孔アリテ左氣管枝ト通ズ。兩側ノ加答兒性及腐敗性肺炎アリ肋膜ハ兩側共纖維性癒着ヲ營ミ、氣管枝淋巴腺ハ乾酪變性ヲナシ且石灰沈着アリ。

第十二例、　男、四十七歲、

臨床的診斷、食道狹窄、

明治三十九年十二月二十五日死亡、

病歷、

母ハ胃癌ニテ死シタルガ如シ、死前五ケ月何等ノ認ムベキ原因ナクシテ嚥嘶ヲ發シ、且時々心窩部ノ疼痛及ビ腹部膨滿ノ感ヲ訴フ。翌月ヨリ嚥下困難及食道上部停滯ノ感アリ。屢嘔吐アリシモ珈琲汁樣ノモノハ出サヾリキ。死前十數日、第五號食道「ブージー」ヲ通ゼシニ、門齒ヨリ二十六 cm. ノ所ニ抵抗ヲ感ジツヽ辛ジテ通過シタリ。死前五日コッヘル氏法ニ從ヒ胃瘻ヲ作ル。翌日肺炎ノ病狀ヲ發シ次テ瘞ル。

剖檢所見、

氣管分岐部ノ上方二、五 cm. ヨリ始マリテ、長サ七、八 cm. 巾廣キ所ニテ四、五 cm. ノ食道癌潰瘍アリ

側肺尖部ニ聞ケリ、九月四日以來胸部ニ發作性疼痛ヲ發シ、顏面及頭部腫脹セリ。食物ノ嚥下困難ハ終リ迄ナカリシガ、食スル時ハ胸部中央ニ當リテ不快ノ感ヲ訴ヘタリ。九月十五日ヨリ頭部、胸部及脊部ノ靜脈怒脹シ、胸骨上部ニ當リテ輕キ狹窄音ヲ聞キ、肋骨ニ沿フテ激甚ナル神經痛アリ。X光線ニヨリテ胸部ニ陰影ヲ證明シ、十一月二日疼痛發作ト共ニ咯血アリ、脈搏微弱トナリ翌日死亡。以前梅毒ニ罹リシコトアリ。

剖檢所見。

氣管分岐部ニ相當スル食道後壁ニヲ少シク右ニ偏シ、密柑大ノヤヽ深キ不正形ナル潰瘍アリテ其中ニ穿孔二アリ。上者ハ氣管分岐部ヨリ一、三 cm. 下ニテ長サ一、五巾一、〇 cm. ノ直徑アリ、下ナルハ上者ノ下緣ヨリ〇、八 cm. 下ニ位シ、凡ソ一、〇 cm. ノ直徑アリ。二者共ニ右肺下葉ニ穿孔ス。此潰瘍ヨリ相連リテ右方及前後ニ大腫瘍アリ、其長サ七 cm. 巾四 cm. ヲ算ス。脊柱、右腋、大動脈外壁、奇靜脈、上行靜脈幹及近在性淋巴腺ハ皆癌腫ノ侵入ヲ蒙ル。胃ニ九百グラムノ血液ヲ容ル。兩肺ニ鬱血及水腫アリ。右肺上葉上部ニ古キ結核性病竈アリ。

第十一例、　米商、男、五十七歲、

臨床的診斷。食道癌、

明治三十九年十二月六日死亡、

病　歷。

十年前ヨリ胃病アリシモ臥床セシコトナシ。本年三月ヨリ塊狀食片ノ嚥下困難ヲ發シ、四月中旬ヨリ胃部ニ痙攣性疼痛アリ。七月一日ヨリ惡寒、發熱、咳嗽及咯痰アリ。翌日ヨリ嘔吐ヲ來シ次デ衰弱增

入ル。此潰瘍ト噴門トノ間ニハ粘膜下ニ數個ノ米粒大乃至栗粒大ノ轉移アリ。右側腋窩氣管及氣管枝淋巴腺胃漿膜面ニモ轉移ヲ證シ、右側腐敗性纖維素性化膿肋膜炎アリ、右側腐敗性肺炎アリ。

以下主トシテ如上ノ材料ニ據リ得タル成績ヲ基トシ、文獻ニ徵シ聊カ本邦ニ於ケル、食道癌ノ病理解剖學及ビ組織學併ニ臨床上ノ統計的研究ノ一斑ヲ揭グ。材料ノ少數ナリシコトハ、大ニ遺憾トスル所ニシテ、之ヲ以テ未ダ最後ノ斷案ヲ下スコト能ハザルモノ、固ヨリ之レアランモ、亦以テ他日ノ攻究ニ對シ、多少ノ資材ヲ供給スルコト無シトセンヤ。

第一章　食道癌發生ノ素因的事項

(甲)　男女ノ割合

泰西ニ於ケル報告ハ、概ネ皆、男子ノ特ニ多キコトヲ示セリ。例之 Petri 氏ニヨレバ、食道癌剖檢四十四例中僅ニ三例ノ女性ニ來リタルモノ(六、九%)ヲ除ケバ、餘ハ悉ク男性(九三、一%)ニ來レリ。Zenker 氏ニヨレバ、男子ハ女子ヨリモ七乃至八倍、食道癌ニ罹リ易キ素因ヲ有スト云ヒ。Cölle 氏ハ女子ヨリモ男子ニ多キコト、凡ソ五倍ナリト云ヘリ。Buday 氏ガ(Kolozsvár 大學ノ病理教室ヨリ)報告スル所ニヨレバ、剖檢癌腫三百六十六例中、食道癌十一例アリテ悉ク男子ニ來レリ(自一八七〇至一九〇五滿三十六年間

夫レヨリ連リテ前面ニアル氣管周圍ニモ侵入シ腫瘍ノ最モ肥厚スル所ハ直徑三 cm. アリ。腫瘍ノ下端左前壁ニ當リテ徑四 mm. 深サ約九 mm. ニ達スル嚢狀深入アリ。食道上端ヨリ三、五 cm. 以下ニ於テ食道ノ右側外方ニ食道及氣管ト癒着ヲ營メル長サ三、五 cm. 巾三 cm. ノ氣管枝淋巴腺轉移アリ轉移ハ此外頸腺、腋窩部ノ周圍、上行大動脈周圍、氣管枝周圍、噴門部、胃小彎、胃大彎及腹膜後ノ淋巴腺ニ存在ス。兩側共肋膜ノ一部分纖維性癒着ヲ營ミ、兩側ノ氣管枝加答兒及加答兒性肺炎アリ。慢性ノ胃加答兒存シ、脾ノ被膜肥厚ス。

胃底ニハ長サ五、三 cm. 巾三、五 cm. ノ原發性圓柱狀細胞癌アリ。

第十三例、　稼ギ職、男、四十三歲、

臨床診斷、食道癌、

明治四十年四月二十七日死亡、

病　歷、

母ハ直腸癌ニテ死シタルガ如シ。死前六十日食時ノ際、急ニ頸部ノ抵抗ヲ覺ヘ、食シタル全量ヲ吐出セシモ、其際茶漬トスレバ徐々胃ニ達セリ。其後五日ヲ經テ固形物ノ嚥下困難アリ。咳嗽ハ始メヨリ存セシガ死前二十五日ヨリ增加シ、呼氣ハ惡臭ヲ放チ、咯痰、頭痛、惡寒、咯血、呼吸困難アリ。脈搏微弱トナリテ死ス。手術セズ。

剖檢所見。

食道前壁ニテ稍右側ニ偏シ、食道上端ヲ去ル八 cm. ノ所ヨリ長サ九 cm. ニ亘ル潰瘍アリ。巾ハ廣キ所四 cm. アリ。氣管分岐部ノ二 cm. 以下ニ、一穿孔アリ、長サ二、五 cm. 巾一、六 cm. ニテ右肺ノ實質ニ

ガ、「食道ノ構造ハ男女共ニ相違ナキモ、飲酒ハ食道癌ノ最大原因ナリ」ト、云ヘルモノ必ズシモ、無稽ノ言ニ非ルナリ。

余ノ例ニ於テハ、病歴記事ヨリ飲酒ニ關スル正確ノ統計ヲ作ル能ハザルモ、亦タ比較的嗜酒ノ者ニ多キガ如シ。上述赤松氏ノ報告ニヨレバ、臨床上確實ニ食道癌ト診斷セラレタル者、三百十人中、十一名ハ飲酒ニ關スル記載不明ナルガ故ニ之ヲ除キ、殘レル二百九十九人ニ付統計スルニ、其二百七人(六九、二%)ハ飲酒家ニシテ、而モ其中每日壹合位ヲ傾ケタル者ハ、參拾參人ニ達シ、五合以上ヲ傾ケタル者ハ、百七十四人ニ及ベリ。

要之、余ノ例ニ於テモ男子(九二、三%)ニ多クシテ、Petri 氏ノ報告ニ近似シ、山極博士ノ夫レヨリ三割多シ、而シテ其最大誘因ハ、不攝生殊ニ飲酒ニアルガ如シ。

(乙) 遺傳

Mackenzie 氏(Voigt 氏論文第三十九頁)ニヨレバ、食道癌患者ノ一一%ハ血族中ニ、惡性腫瘍ヲ以テ殪レタル者アリ、Voigt 氏ニヨレバ、僅ニ一、四%ノ遺傳ヲ證明セシニ過ギザルモ、尙血族中胃部硬結ヲ以テ殪レタル者、七十二例中六例(八、三%)アリシト云フ。

報告）

又本邦ニ於テハ山極博士ガ、東京醫科大學病理教室ヨリ報告スル所ニヨレバ、食道癌十七例中、十二例ハ男子（七〇、六％）ニ來リ、餘ノ五例ハ女子（二九、四％）ニ來レリ。

余ノ十三例ハ固ヨリ少數ニシテ、之ヲ以テ全斑ヲ窺フニ由無シトスルモ、尚左ノ割合ヲ示セリ。

男子　十二（九二、三％）

女子　一（七、七％）

而シテ之ヲ臨床上ノ經驗ニ徵スルモ、我邦ノ食道癌ガ男子ニ多キコトハ疑ナキ事實ナリ。日本ニ於テハ赤松是三郎氏ノ東京胃腸病院ニ於ケル臨床的食道癌統計アリ。之ニ依レバ三百十人ノ食道癌患者中、二百七十二人ハ男子（八七、七％）ニ來リ、餘ノ三十八人ハ女子（一二、三％）ニ來レリ。然ラバ此理由如何。

食道癌ガ男子ニ多キハ、主トシテ其生活法ニヨルナラン。蓋シ男子ハ器械的、化學的、幷ニ温熱的刺戟ニ遭遇スルコト多ク、例ヘバ急速ナル食ヒ方、大食、飲酒ノ如キハ一般ニ男子ニ多シ。是レ恐クハ食道癌ノ誘因ヲナスモノナラン。サレバ男女兩性間ニ於ケル、食道構造ノ差異ニ歸スルヨリモ、寧ロ茲ニ重キヲ措ク可キナリ。Zenker 氏

致スヿ蓋シ解剖的ニ論ズレバ、直ニ食道癌發生ノ時期ヲ定ムルヿ極メテ困難ナリ吾人ハ唯最初ノ症狀ヲ發シタル時ヲ知ルノミ。

今余ノ十三例ニ於テ、此時ニ據リ之ニ死亡年齡ヲ對照シテ、統計スルニ次ノ如シ

番號	最初ノ症狀ヲ發セシ年齡(才)	死亡年齡	×ハ外科的手術ヲ受ケシ者	手術後ノ生存期日
(一)	五十六	同年	×	二日
(二)	四十六(五六年來食澁ス)	同年	×	二十九日
(三)	五十六	五十七	×	三日
(四)	五十五	五十六	×	一日
(五)	四十五	四十六	×	九日
(六)	五十	五十一	手術セズ	
(七)	四十三	同年	×	十六日
(八)	五十八	五十九	×	一日
(九)	五十六	同年	×	二日
(十)	五十四	同年	手術セズ	

Zenker 氏曰ク、食道癌ノ遺傳ニ就テハ、成書中數例ノ引證アルニ過ギズト。余ノ例ニ於テモ、此關係甚ダ不分明ニシテ、血族中癌腫ノ如キ疾患ヲ以テ殪レタル者僅ニ三例(二、三%)アルノミ。サレバ余ノ材料ニヨレバ、未ダ遺傳ニ重要ノ關係アルヲ發見スルヿ無シ。サレド余ハ之ヲ以テ一般ニ癌ノ遺傳ニ就テ云々セント欲スルモノニ非ズ。

(丙)、年齢

今茲ニ泰西ニ於ケル、二三ノ統計ヲ比較スルニ次ノ數アリ。

研究者＼年齢	自二十一歳至三十歳	自三十一歳至四十歳	自四十一歳至五十歳	自五十一歳至六十一歳	自六十一歳至七十歳	自七十一歳至八十歳	合計
Petri	二	二	七	一八	六	三	三八
Zenker	〇	一	五	四	三	一	一四
Voigt	〇	六	一四	二四	二二	六	七二
Buday	〇	一	一	六	三	〇	一一
合計	二	一〇	二七	五二	三四	一〇	一三五
百分比例	一、五	七、四	二〇、〇	三八、五	二五、二	七、四	一〇〇、〇

右ノ表ニテ見ル如ク、食道癌ガ四十歳以上ノ者ニ多キヿ、他ノ癌腫發生年齢ニ一

第二章。食道癌ノ頻度

(甲)、食道癌ト剖檢總數トノ割合

之ニ就テハ泰西ノ文献頗ル多シ。例之

Zenker u. v. Ziemssen 氏ハ、五千七十九剖檢例中、原發性食道癌十三例(〇、二五%)ヲ得、胃癌ヨリ續發スルモノ六例(〇、一一%)ヲ得タリ。而シテ曰ク、本病ハ絕對的ニ多キ疾病ニ非ルモ、食道ニ生ズル腫瘍中比較的ニ多ク、且其症狀ノ重キガ爲ニ、重要視スベキモノナリト。

然ルニ Petri 氏ハ、伯林病理學敎室ニ於テ、九年間ニ食道癌四十四例ヲ得テ、本病ヲ比較的多キ疾病ナリトセリ。此中四十二例(九五、五%)ハ食道原發癌ニテ、二例(四、五%)ハ他臟器ヨリ蔓延シタル如ク見ヘ、轉移ニヨレルモノナシ。

Stroganow 氏 (Chrysander 氏論文及 Nothnagel 氏書參照)ハ、オデッサ市ニ於テ十一年間(自一八七七至一八八七)ニ、剖檢例四千七百二十五中、四十四例ノ食道癌ヲ得タリ。是レ〇、九三%ニ相當ス。(Nothnagel 氏書ト謂フハ其中ノ Kraus 氏ノ論著ヲ指ス。以下同之。)

Rebitzer 氏 (Chrysander 氏論文及 Nothnagel 氏書參照)ハ、ミュンヘン病理學敎室ニ於テ

(十一)(十二)(十三)	五十七（十年來胃病アリ） 四十七 四十三	同年 同年 同年	× × 手術セズ	五日 五日

此表ニヨリテ見レバ、最初ノ症狀ヲ發セシ年齡ハ

自四十一歲至五十歲　六人。　自五十一歲至六十歲　七人。

ニシテ、泰西ノ統計ニ見ハル、數ト略ボ相等シ。

而シテ今年齡ヲ死亡ノ時ニ於テ、調査スレバ

自四十一歲至五十歲　五人。　自五十一歲至六十歲　八人。

ナリ。但シ此死亡時ノ年齡ハ、直ニ之ヲ統計的材料ニ入レ難シ。何トナレバ、其大半（十例）ハ手術後ニ死シ、手術却テ死ヲ早メタルモノト推定シ得ベケレバナリ。而シテ手術ヲ受ケザリシ三例ノ死亡年齡ハ、五十一、五十四、四十三歲ニシテ、他ノ例ニ對シテ大差無シ。

要之余ノ少數ノ材料ニヨルモ、食道癌ヲ患フル、年齡ガ我邦ニ於テモ、四十乃至六十歲ニ最モ多キヲハ、首肯スルニ足ル可シ。

(乙)、食道癌ト癌腫(剖檢例)全體トノ割合

今ヨリ六十九年前(一八三〇—一八四〇)、Tanchou 氏(Nothnagel 氏書參照)ハ統計ニヨリテ、九千壹百十八例ノ癌腫中、十三例丈食道癌ナリシコヲ報告シタルモ、深ク信ヲ措クニ足ラズ。蓋シ十九世紀ノ中葉ニアリテモ、尙食道癌ヲ以テ稀有ノモノト思惟シタリシナリ。

Johansen 氏(Chrysander 氏論文及ビ Nothnagel 氏書參照)ハ、聖彼得堡ニ於テ三百三十ノ癌腫中五十六例ノ食道癌ヲ報告セリ。是レ一六、九%ニ相當ス。

Buday 氏ハ、三百六十六ノ癌腫中、十一例ハ食道癌(三、〇一%)ナリシコヲ報告セリ Lubarsch 氏ニヨレバ八、二六%アリ、又 v. Rieck 氏ニヨレバ四、二七%アリ。(二氏ノ數ハ Buday 氏論文引照)。山極博士ニヨレバ、癌腫總數二百三十七例中、十七ノ食道癌(七、一七%)アリ。

我病理學教室ニテハ、七年二ケ月間ノ剖檢癌腫總數百三十六例中、十三例ノ食道癌(九、五六%)アリ。

要之、食道癌ハ必ズシモ稀有ノ病ニ非ズシテ、余ノ例ニテハ九、五六%ヲ發シ、Buday 及 Rieck 氏報告ヨリ二倍以上ニテ、山極氏及 Lubarsch 氏報告ヨリ稍多シ。

三十六年間（自一八五四至一八八九）ニ、壹萬五千壹百六十八ノ剖檢例中、僅ニ二十九例ノ食道癌ヲ得タルノミ。是レ〇、一九%ニ相當ス。

Buday 氏ハ三十六年間（自一八七〇至一九〇五）ニ、五千五百三十剖檢例中、僅ニ十一例ノ食道癌ヲ得タリ。是レ〇、一九%ニ相當ス。

山極博士ハ、東京醫科大學病理學教室ニ於テ、十二年間（自明治二十二年至同三十五年、但シ三十、三十一ノ兩年ヲ除ク）ニ、剖檢例三千七十六中、食道癌十七例ヲ報告セラレタリ。是レ〇、五五%ニ該當ス。

余ハ京都醫科大學病理學教室ニ於テ、滿七年二ケ月間（自明治三十四年一月至明治四十一年二月）ニ、剖檢總數壹千貳百例中、十三例ノ食道癌ヲ得タリ。是レ一、〇八%ニ相當ス。此十三例ハ悉ク食道原發癌（一〇〇、〇%）ニテ此外我病理教室ニハ、胃癌（噴門）ヨリ食道ニ蔓延シタルモノ一例存シ、他臟器癌ヨリ轉移シタルモノナシ。

要之、余ノ例ニテハ食道癌ハ悉ク原發癌（一〇〇、〇%）ニシテ、胃癌ニ續發セシモノ一例アルノミ。其剖檢總數ニ對スル食道癌ノ頻度ハ、一、〇八%ニシテ、Stroganow 氏ノ數ト酷似シ、山極博士ノ數ニ二倍シ、Zenker, Rebitzer, Buday 氏ノ報告ニ殆ンド五倍ス。

ナリ。斯ク子宮癌ノ少キハ、主トシテ解屍ニ來レル死體ニ女子少キト、生前剔出セラルヽ場合多キニ基クモノヽ如シ。

我京都醫科大學病理學教室ニ於ケル、百三十六例ノ剖檢癌腫例ハ次ノ關係ヲ示セリ。但シ何レモ原發癌ニ就テ云ヘルナリ。

(一)各種臟器ノ原發癌割合

各臟器ノ癌腫名	死亡數	百分比例
胃癌	五十人	(三六、七六%)
子宮癌	十六人	(一一、七六%)
腸癌	十四人	(一〇、二九%)
食道癌	十三人	(九、五六%)
顏面、頭蓋骨及上顎骨癌	十人	(七、三五%)
肝臟癌	七人	(五、一四%)
乳癌	五人	(三、六八%)
喉頭癌	四人	(二、九四%)
頸癌	三人	(二、二六%)
咽頭癌	二人	(一、四七%)
舌癌	二人	(一、四七%)

(丙)、諸種臟器ノ癌腫ニ對スル割合

山極博士ハ、胃癌ト諸臟器癌腫トノ多少ヲ比較セラルヽニ臨ミ、近年ハ乳癌子宮癌ハ勿論、諸他ノ癌腫モ多クハ外科的ニ切除セラレ、吾人ガ剖檢スル癌腫ハ殆ンド肝、腸、胃、肺等ノ癌ニ止リ、而シテ腸胃癌スラ追々生前切除セラルヽガ故ニ、解剖材料ニヨリテ諸臟器癌腫ノ多少ヲ、正確ニ比較スル事ハ不可能ニ屬スト附記セラレタリ。

佐藤博士(勤也)ニヨレバ、子宮癌最モ多ク、胃癌之ニ次ゲリ。即チ確實ニ癌腫ノ診斷ヲ受ケタル患者ノ總數千三百七十二人ニツキ如左。

子宮癌	四百六十人	(三三、五%)……第一位
胃　癌	四百三十九人	(三二、〇%)……第二位
食道癌	二十一人	(一、五%)……第九位

然ルニ山極博士ニヨレバ、剖檢癌腫二百三十七例ニツキ

胃　癌	百七例	(四五、一%)……第一位
食道癌	十七例	(七、二%)……第四位
子宮癌	十例	(四、二%)……第五位

(三)同樣ニシテ胃癌ト食道癌トノ比較割合ハ二六、〇%(13:50)トナルナリ。今此得ラレタル百分數ヲ以テ山極博士ノ一五、九%(17:107)ニ比スレバ遙ニ多シト云フベシ。

要之。余ノ例證ハ數甚ダ少ク、且剖檢ハ只特別ノ事情ノ下ニ成ル者ナルガ故ニ、之ヲ以テ一般ニ食道癌ノ多少ニ對シテ正確ノ言ヲ樹テ能ハザルモ、倘之ガ一般ヲ窺フニ足ラン。

余ノ剖檢材料ノ調査ニヨルモ、(一)各種臟器癌腫總數ニ對スル食道癌ノ割合ハ比較的少ク(九、五六%)ニシテ、(二)消化器ノ癌腫全體ニ對スル割合ハ(一七、五六%)ニシテ、未ダ以テ多シト云フ可ラズ、(三)胃癌ニ對スル割合ハ(二六、〇%)ニシテ、可ナリニ多ク消化器系統中第三位ニ居ルヲ見ル。

第三章。食道癌ノ臨床的病狀及經過

(甲)、病狀

(一)食道部異樣ノ知覺。

此中ニハ心窩部ノ食滯、咽頭ノ乾燥及燒灼ノ感、頸部又ハ上腹部ノ壓迫或ハ嚥下

肺	膵臓癌	生殖器癌	卵巣癌	膀胱癌	後腹膜癌
二人	二人	二人	二人	一人	一人
(一、四七%)	(一、四七%)	(一、四七%)	(一、四七%)	(〇、七四%)	(〇、七四%)

此ノ表ニヨレバ胃癌ノ數最モ多ク、子宮癌之ニ次ギ、食道癌ハ第四位(九、五六%)ニアルヲ知ラン。山極博士ニヨルモ剖檢上第四位ニアリ、前記佐藤博士(勤也)ニヨレバ外來患者總數ニ比較スレバ第九位ニアリ。

(二)更ニ消化器系統癌腫總計ト食道癌トヲ比較スルニ、次ノ數ヲ得タリ。

胃癌	腸癌	肝臓癌	膽嚢癌	膵臓癌
五十	十四	七	一	二

合計七十四例

之ヲ以テ食道癌ノ十三例ニ比較スレバ、食道癌ハ正ニ一七、五六%トナル、

余ノ十三例中此病狀ヲ發シタルモノハ(3)(9)(11)(13)ノ四例ニシテ即チ(三〇、七%)ニ當ル。

(六)吐血及咯血。

余ノ十三例中之レアリシモノハ(6)(9)(10)(13)ノ四例ニシテ即チ(三〇、七%)ニ當ル。

(七)嘔吐。

之レハ食道狹窄ノ結果トシテ殆ンド必然起ルベキモノナリ。余ノ十三例中嘔吐アリシモノハ(1)(2)(3)(5)(7)(9)(11)(12)(13)ノ九例ニシテ、即チ(六九、二%)ニ當ル。

(八)嚥下困難。

之レハ食道癌ノ殆ンド總テニ存スル病狀ニシテ、余ノ諸例殆ンド皆之ヲ呈セリ。此嚥下困難ハ直接食道壁ノ癌腫形成ト相一致シ、壁ノ癌腫新生ハ管壁ノ狹窄ヲ來タシ又嚥下困難ヲ催起ス。唯一例嚥下困難ナカリシモノ(第十例)ハ、食道癌ノ蔓延方法大ニ常ト異リテ、強ク四周ノ臟器ニ對シ蔓延セシモ、却テ食道壁ニハ著シキ膨隆ヲナス事無カリシナリ。故ニ余ノ十三例中嚥下困難ノアリシモノハ、(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(11)(12)(13)ノ十二例ニシテ、即チ(九二、三%)ニ當ル。

要スルニ食道癌ノ病狀中、最モ多キハ嚥下困難ニシテ、嘔吐及發作性疼痛ハ第二

時食道收縮力ノ障害ニヨレル異樣ノ知覺等ヲ含ム。

其一々ノ病狀ニ至リテハ各人悉ク多少ノ相違アリトス。而シテ此病狀ハ多ク早期ニ顯ルヽモノヽ如シ。異樣ノ知覺アリシモノハ余ノ十三例中(2)(3)(5)(6)(7)(10)(12)(13)ノ八例ニシテ、即チ(六一、五%)ニ當ル。

(二)發作性疼痛。

之レハ食道ノ局部ニ起リ、嚥下又ハ呼吸運動ニヨリテ增惡シ、時ニヨリテハ頭、耳頸、咽頭、上膊、肩胛骨間又ハ肋間腔ニ於テ放射性ノ疼痛アリ。

發作性疼痛アリシモノハ余ノ十三例中(1)(4)(6)(7)(8)(10)(11)(12)(13)ノ九例ニシテ、即チ(六九、二%)ニ當ル。

(三)呼吸困難。

余ノ十三例中呼吸困難アリシモノハ(7)(9)(13)ノ三例ニシテ、即チ(二三、〇%)ニ當ル

(四)聲音嘶嗄。

余ノ十三例中此病狀ヲ發シタルモノハ(3)(6)(8)(11)(12)ノ五例ニシテ即チ(三八、五%)ニ當ル。

(五)咳嗽及咯痰。

番號	最初ノ症狀顯ハレシヨリ死亡迄ノ期間	×ハ外科的手術ヲ受ケタルモノナリ
1	八十日間	×
2	六ケ月間	×
3	七ケ月間	×
4	四ケ月間	×
5	十四ケ月間	×
6	九ケ月間	手術セズ
7	七ケ月間	×
8	九ケ月間	×
9	八ケ月間	×
10	三ケ月間	手術セズ
11	十ケ月間	×
12	五ケ月間	×
13	六十日間	手術セズ
	平均六ケ月半	

但シ此數ハ直ニ之ヲ統計材料トナス事ヲ得ズ。何トナレバ其大部分ハ手術後ニ死亡シタル者ナレバナリ。サハレ其最短期ヲ六十日ト云フ者ハ、手術ヲ受ケザリシ

位ニアリ。食道部異樣ノ知覺ハ之ニ次ギテ來リ、聲音ノ嗄嘶ハ第四位ヲ占メ咳嗽咯痰、吐血及咯血ハ之ニ次ギ、呼吸困難ハ最モ少シ。若シ顯ハル、時ヨリ云ヘバ食道部異樣ノ知覺ハ、最モ早ク顯ハレ、呼吸困難ハ最モ遲キガ如シ。此等ノ複雜ナル症狀ハ固ヨリ僅少ナル例證ニヨリテ、云々ス可キモノニ非ルモ、亦之レニヨリテ其一端ヲ知ル事決シテ難キニ非ルナリ。

(乙)、經過。

泰西諸學者ノ報告ヲ參考スルニ D. Gerhardt 氏ノ記ス所ニヨレバ食道癌最初ノ症狀發シテヨリ約壹ケ年ヲ以テ殪ルト云ヒ。Zenker u. v. Ziemssen 氏ノ記載ニ據レバ、經過ノ壹ケ年以上ニ亘ル事稀有ニシテ、偶々二ケ年以上ノ報告アル所以ハ、豫メ何等カノ瘢痕狹窄アリ、之ニ新生腫瘍ノ生ジタルモノト見ルベク、而シテ多クハ數ケ月ノ經過ヲ取ルモノナリト云フ。Nothnagel 內科書ノ示ス所ニ據レバ、嚥下困難ヲ發スレバ其後ノ經過頗ル早キモノアリ、卽チ平均經過ノ期限ハ六乃至八ケ月ヲ出デズ、而メ最モ長キモノモ十二乃至十四ケ月ヲ出ヅル事難ク、最モ短キハ數週ノミ。

余ノ十三例ニ於ケル經過ノ時間ハ左表ノ如シ。

但シ最初ノ症狀ヲ發シタル時ヲ以テ食道癌發生ノ時期ト假定ス。

見ル可シ。食道ノ走行ハ始メ氣管ノ後ロニテ、脊柱ノ前面ニアルモ、下行シテハ脊柱ノ左方ニ位シ、以テ左氣管枝ト交叉ス。氣管分岐部ハ心嚢ノ後部ニ相當シ、食道起始部ヲ去ル平均十一 cm. ノ下部ニアリ。食道起始部、氣管分岐部及横隔膜ヲ貫ク場所ニハ生理的狹窄アリ。之レヲ夫々食道ノ三狹部ト云フ。

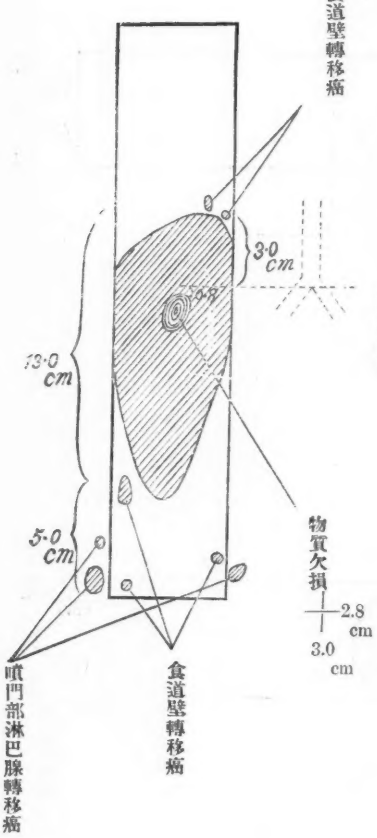
以上ノ記載ヲ以テ、日本人ニ適應シ得ルモノトナシ食道ヲ長サニヨリテ凡ソ三等分シ、上部、中部、下部トナシ、食道ノ部位的關係ヲ示シ、今食道癌ハ其何レノ部分ニ多キヤヲ見ント欲ス。

(一)食道癌畧圖

第一例

(右)

(左)



モノニテ、又最長期十四ケ月ハ手術後(九日目)ニ死亡シタル者ナリ。故ニ後者ノ如キ恐クハ尚長ク生存シ得タル者ナラン。又前者ノ如キハ、肺臓ニ穿孔ヲナシ、其經過ヲ短縮セシ者ナリ。

第四章。食道癌ノ解剖的關係

本章ニ於テ論ズルトコロハ、主トシテ肉眼的性狀ニ據リタルモノニテ、組織的ノ事亦タ參酌セシ者アレドモ、特ニ後者ニ關シテハ、章ヲ分チ之ヲ說ク。

(甲)、發生ノ部位

本邦人ノ食道ノ健康解剖ニ就テハ、未ダ正確ナル報告ナシ。但シ泰西ノ記載ト大差ナキモノト見レバ、食道ノ走行及長サハ、次ノ如ク考ヘ得ベシ。

食道ハ喉頭ノ環狀軟骨ノ後部、即チ第五乃至第六頸椎ニ始マリテ下行シ、第九乃至第十一胸椎ニ達シ、茲ニ橫隔膜ヲ貫キ、以テ胃ノ噴門ニ接續ス。之ヲ頸部ニ當ル所五 cm. 胸部ニ當ル所十八 cm. 腹部ニ當ル所二 cm. ト見積レバ其全長凡ソ二十五 cm. ト成ル(多クノ解剖書ニヨレバ、二十乃至三十 cm. ノ數擧ゲラル)。之ニ門歯々列ト食道起始部トノ距離十五 cm. ヲ加フレバ、歯列ト胃噴門トノ距離ハ、平均四十 cm.

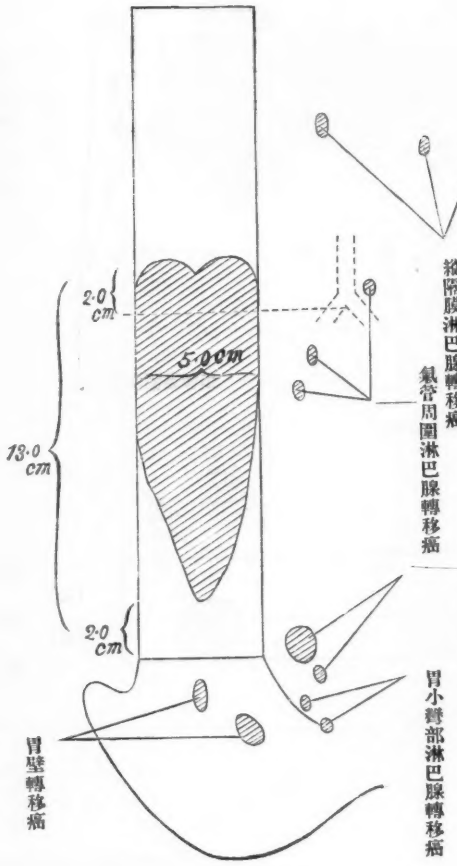
第四例

（左）（右）


切除食道癌腫部

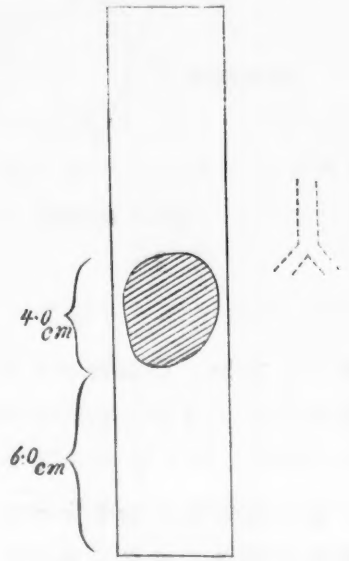
第五例

（左）（右）


縱隔膜淋巴腺轉移癌
氣管周圍淋巴腺轉移癌
噴門部淋巴腺轉移癌
胃小彎部淋巴腺轉移癌
胃壁轉移癌
2·0 cm
5·00cm
13·0 cm
2·0 cm

第二例

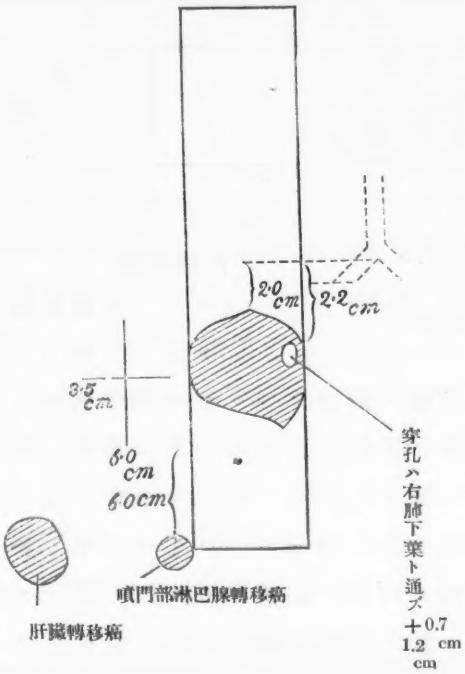
(左) (右)



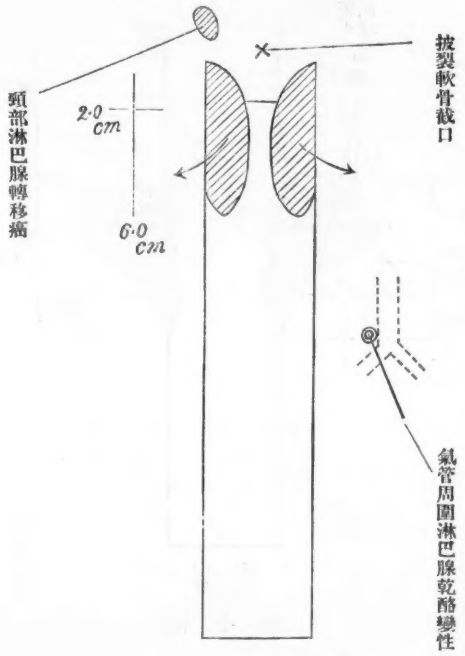
剖檢記事ニ據リ作レル想像圖

第三例

(左) (右)

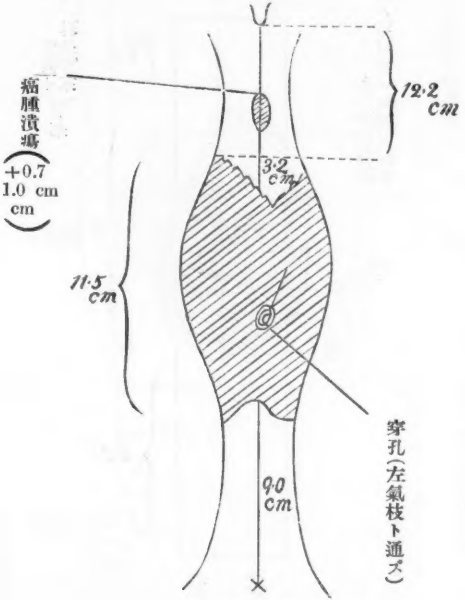


第八例

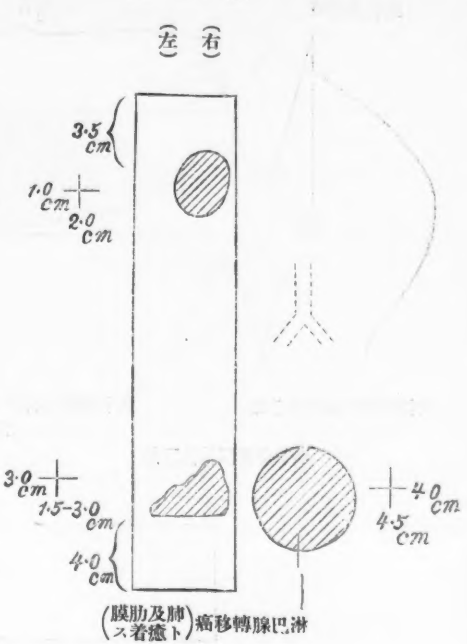


(剖檢ヨリ轉載)

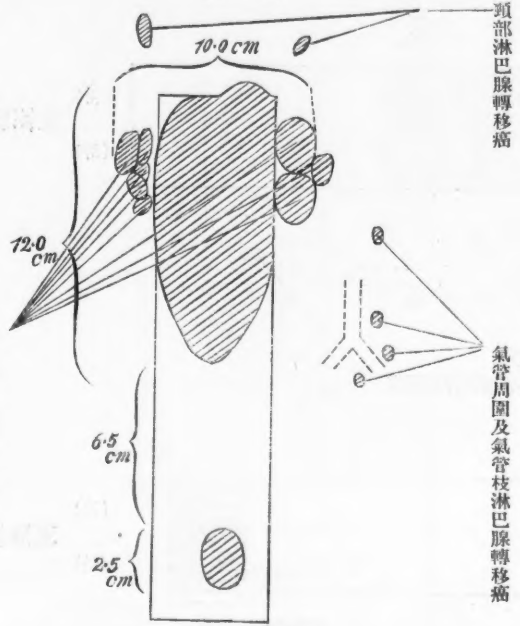
第九例

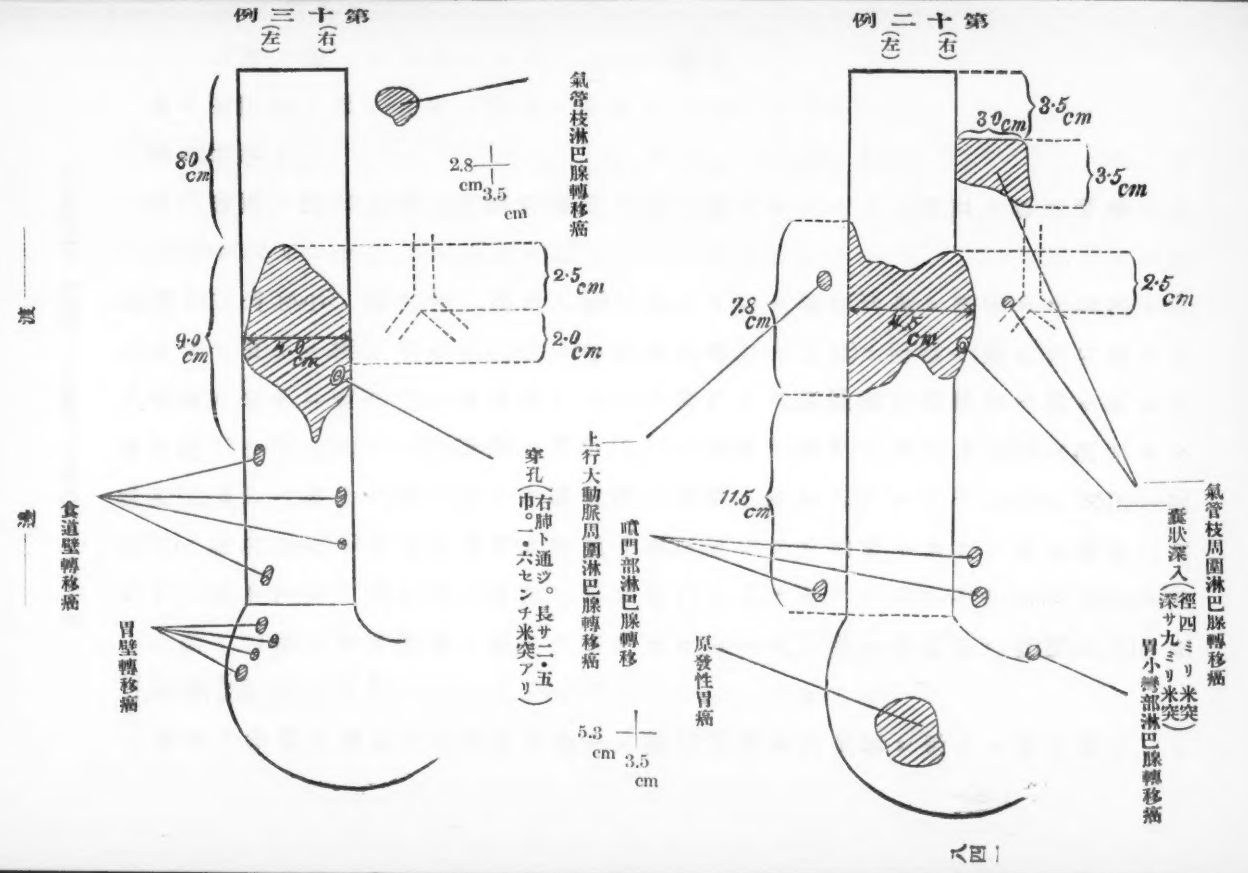


第六例


(左) (右)
3·5 cm
1·0 cm
2·0 cm
3·0 cm
1·5-3·0 cm
4·0 cm
4·0 cm
4·5 cm
(膜肋及肺トノ癒着ス)淋巴腺轉移癌

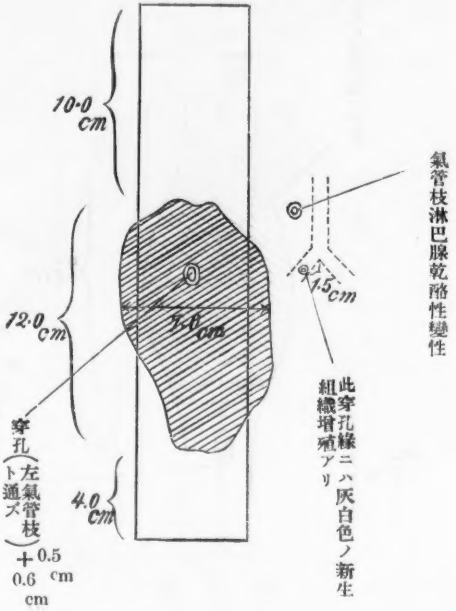
第七例


(左) (右)
頸部淋巴腺轉移癌
10·0 cm
12·0 cm
潰瘍性癌腫縱隔膜炎
氣管周圍及氣管枝淋巴腺轉移癌
6·5 cm
2·5 cm

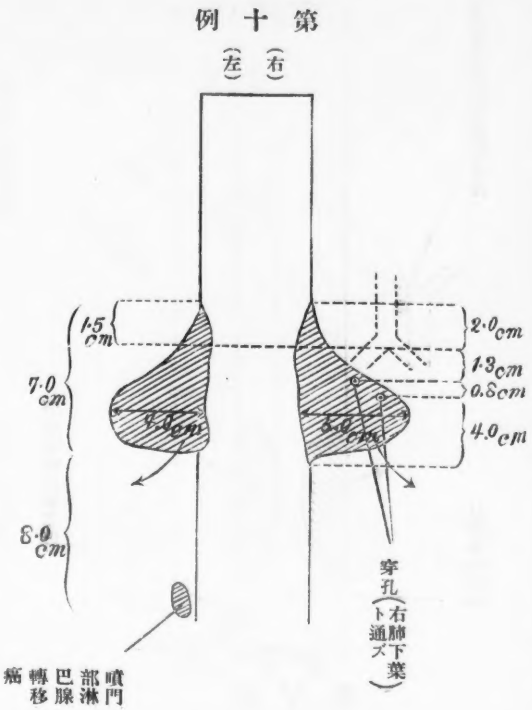

第十二例
(右)
(左)
3·5 cm
3·0 cm
3·5 cm
2·5 cm
7·8 cm
4·5 cm
11·5 cm
氣管枝周圍淋巴腺轉移癌
塞狀深入(徑四ミリ米突深サ九ミリ米突)
胃小彎部淋巴腺轉移癌
原發性胃癌
噴門部淋巴腺轉移
5.3 cm
3.5 cm
上行大動脈周圍淋巴腺轉移癌
穿孔(右肺ト通ジ。長サ二・五巾。一・六センチ米突アリ)
第十三例
(右)
(左)
氣管枝淋巴腺轉移癌
2.8 cm
3.5 cm
8·0 cm
2·5 cm
9·0 cm
4·0 cm
2·0 cm
食道壁轉移癌
胃壁轉移癌
頭
足

第一圖

第十一例


(左)
(右)
10·0 cm
12·0 cm
4·0 cm
7·0 cm
1·5 cm
氣管枝淋巴腺乾酪性變性
此穿孔緣ニハ灰白色ノ新生組織增殖アリ
穿孔(ト通ズ)左氣管枝
+0.5 cm
0.6 cm

第十例


(左)
(右)
1·5 cm
7·0 cm
8·0 cm
2·0 cm
1·3 cm
0·8 cm
4·0 cm
噴門部淋巴腺轉移癌
穿孔(ト通ズ)右肺下葉

上部主ニシテ下部ニモ來リシモノ(七)

合計　三例(二二、〇%)

(三)中部(食道ノ全長ヲ凡ソ三等分シタル、中間ノ距離凡ソ八cm.即チ門齒々列ヲ去ル二十三乃至三十一cm.ノ間ニテ、氣管分岐部ニ相當スル部分モ、亦之レニ屬ス。)　Köhler 氏 Förster 氏(Nothnagel 氏書參照)ハ、癌腫ガ食道中部ニ生ズルヿ稀ニシテ、下部ニ最モ多シト云ヒ。Klebs 氏及 Rindfleisch 氏(Nothnagel 氏書參照)ハ、之ニ反シテ中部殊ニ氣管分岐部ニ相當スル食道部ハ、癌腫ノ最モ好ンデ來ル所ナリト主張セリ。Petri 氏ノ報告モ之ニ類シ、中部ハ四十四例中十三例(二九、五%)ノ數アリ。Ribbert 氏病理各論ニハ中部殊ニ氣管分岐部若シクバ其下部ニ多クシテ、其上部食道起始部、噴門部ハ稀レナリト云ヘリ。Kuckein 氏ニヨレバ、食道癌ハ下部ニ最モ多ク、氣管分岐部ニ相當スル所之ニ次ギ、上部ハ最モ少ク、六十例中僅ニ一例(一、七%)ニ過ギズ。Zenker u. V. Ziemssen 氏ニヨレバ、食道中部ノ癌腫ハ極メテ少ク六、六%ニテ、下部ニ多キヲ示セリ。然ルニ V. Hacker (Nothnagel 氏書參照)ノナス所ハ、稍之ト趣ヲ異ニシ百三十一例中、五十三例(四〇、四%)ハ皆氣管分岐部ニ相當スル所ニ生ゼリ、(但此百三十一例中ニハ噴門部癌腫ニ十九、橫隔膜部三十六、頸部十三例アリ)又 Buday 氏ニヨレバ、十一例中八例(七二、七%)ハ中部ニ來レリ。

要之、歐米ノ報告ハ、中部發生ノ場合ヲ、或ハ少シト云ヒ、或ハ多シト云ヒ一定セザ

以上ノ略圖ヲ基礎トシ、食道癌發生ノ部位的關係ノ統計ヲ取ルニ次ノ如シ、

(二)。上部(食道起始部ヨリ凡ソ八cm.ノ距離)。

一般ニ食道上部ガ癌腫ニ罹ルコト甚ダ少ク、Petri氏ハ四十四例中二例(四、五%)ヲ見タルニ過ギズ。氏ハ之ヲ以テ非常ニ稀有ナルモノトセシガ、Haberson (1857), Mackenzie (1875)ノ兩氏(Nothnagel 氏書參照)ガ、英國ニ於テナシタル統計ニヨレバ、夫々四五、二%及四二、五%ノ數アリ。依テ曰ク、食道上部ノ癌腫ハ多キモノナリト。Förster 氏(Petri 氏論文第三十頁)ニヨレバ、食道癌ノ四分ノ一ハ上部ニ來ルト云ヒ、Kaufmann 氏ニヨレバ、上部ニ來ルコト少クシテ、其割合ハ一三、六%ナルモ、尙咽頭ト食道トノ境ニ發スルコト多シト云ヘリ。然ルニ Köhler 氏(Petri 氏論文第三十一頁)ハ咽頭ニ來タルコト少シト主張ス。反之 Buday 氏ハ十一例中三例(二七、三%)ノ上部食道癌ヲ報告セリ。又 Zenker u. Ziemssen 氏ニヨレバ、一二、二%ノ數アリ。

要之。泰西ノ報告ハ概子上部食道癌ヲ以テ、稍少キモノトシ四、五%乃至四五、二%ノ間ヲ昇降ス。

余ノ十三例ニ於テハ次ノ割合ヲ示セリ。

上部ニ來リシモノ　(四)(八)

ニ有シタル、多發性原發癌アリ。

要之、余ノ例ニ於テハ、Buday 氏ノ報告ト一致スルモ、他ノ文献ト大ニ異ル所アリ

(五)多發性ニ顯レタル癌

下部主ニシテ上部ニモ生シタルモノ(六)計一例(七、七%)。(癌腫蔓延シテ、他部ニ及ビタルモノハ前記セルガ故ニ、茲ニ算入セズ)。

要スルニ、中部殊ニ氣管分岐部ニ發生スルモノ、最モ多シ。故ニ泰西ノ記載ニアリテハ Klebs, Rindfleish, Petri, Ribbert, Kuckein, Hacker, Buday ノ夫レト一致シ其統計ハ殊ニ Buday 氏ノ夫レト相近似セリ。

(乙)、食道癌ノ解剖的狀態。

余ノ例ニテハ、發生ノ幼稚ナル者一モ無ク、從テ新ニ發生ノ狀態ニ就キテハ明確ニ窺ヒ知ルヿ能ハズ。唯一定度ノ蔓延ヲナシタル者ニ於テ、其狀態ヲ攻究セシニ凡ソ如次

食道癌ノ解剖的關係ハ一般ニ之ヲ論ジテ、概ネ泰西ノ報告ト一致シ、食道壁ノ新生組織ハ食道壁肥厚ヲ來タシ、且ツ新生組織蔓延ニツレテ、容易ニ潰瘍ヲ形成スル者ナリ。

ルナリ。

余ノ十三例ニ於テハ如次。

中部ニ來リシモノ　(二)、(九)、(十)、(十二)、(十三)、計五例

中部ガ主ニシテ下部ニモ亘リシモノ　(一)、(三)、(五)、(十一)、計四例

合計　九例(六九、二%)

(四)下部、(中部以下食道ノ全部即チ最下ノ八乃至九cm.)。

食道下部ニ於ケル癌腫ノ割合ハ、Petri氏ニヨレバ、四十四例中十八例(四〇、九%)。Zenker u. V. Ziemssen氏ニヨレバ、十五例中六例(四〇、〇%)。更ニKaufmann氏ニヨレバ、九十五例中四十二例(四四、二%)ナリ。以上三氏ノ統計ハ皆下部ニ多キヲ證シ、殊ニKaufmann氏ニヨレバ、噴門ノ上部ニ多ク、之レガ胃ニ及ンデ所謂原發性噴門癌ヲナスト云ヘリ。然ルニBuday氏ニヨレバ、十一例中下部ニ生ジタルモノ一例モナク、食道下部ノ癌腫ハ噴門癌ニ續發スト云ヘリ。

我病理教室ニ於テハ、百三十六例ノ剖檢癌腫中、原發食道癌ニシテ、食道下部ニ發シタルモノ一例モナシ。唯ダ噴門部胃癌ニシテ、食道ニ擴リタルモノ一例アルノミ。又余ノ第十二例ニ見ル如ク、食道ニ扁平表皮癌ヲ有シ、且同時ニ圓柱狀細胞癌ヲ胃

故ニ

幅ノ最モ廣キモノ八、五 cm.

平均ノ幅　五、〇 cm. トナル。

(二)潰瘍形成

潰瘍形成ハ食道癌ノ一〇〇、〇%ニ之ヲ見ル。潰瘍ノ大ナルハ長サ十三 cm. ニ達シ、幅ノ廣キ所ハ、食道ノ全周圍ニ及ブモ。小ナルハ極メテ小ナルモノヨリ小豆大乃至拇指頭大ニ至リ、種々相違ス。潰瘍ノ形狀ハ、扁平ナルアリ、楕圓ナルアリ。固ク周圍ト癒着スルアリ、又ハ糜爛面ヲ呈スルアリ。潰瘍形成面ト然ラザル部分トハ、外形上差異少シ、故ニ潰瘍ハ新生組織ノ生ジタル後ヨリ起ルモノナルヲ知ル。

(三)食道癌ノ形狀

之ハ極メテ多樣ナリ。而シテ互ニ特別ナル差違ナシト雖モ、其主トスル形狀ニヨリテ分テバ、凡ソ次ノ如シ。

一、輪狀ヲナシテ食道全部ニ亘リ、肥厚著シカラザル者、

(四)、(一〇)　合計二例(一五、四%)、

二、食道壁一部ニ於テ肥厚著クシテ、狹窄殊ニ强キ者、

(一)、食道癌ノ大サ。

食道壁自個ニ於ケル、癌腫ノ大サハ種々ニシテ、其長サ亦タ一定セズ。Ribbert氏病理各論ニヨレバ、長サハ普通八、〇 cm. ニシテ、上下兩端ニ於テ高度ノ狹窄ヲ起シ、中央部ハ潰瘍ニ陷ルヲ常トスト。今主腫瘍(Hauptgeschwulst)ニツキ、其長サヲ計ルニ、凡ソ次ノ數ヲ得タリ。

番號	長サ(cm.)
(1)	13.0
(2)	4.0
(3)	6.0
(4)	?
(5)	13.0
(6)	3.0
(7)	12.0
(8)	6.0
(9)	11.5
(10)	7.0
(11)	12.0
(12)	7.8
(13)	9.0

故ニ

最モ長キモノ　十三 cm.

平均ノ長サ　八、三七 cm. トナル。

次ニ幅ニ就テ研究スルニ左ノ數アリ。

番號	幅 (cm.)
(1)	全周圍?
(2)	3.5
(3)	?
(4)	5.0
(5)	3.0
(6)	8.0
(7)	2.0
(8)	8.5
(9)	5.0
(10)	7.0
(11)	4.5
(12)	4.0
(13)	

(三八、四%)ト云フベシ。然レモ其何レモ小ニシテ、且主腫瘍ノ大サニ比例セザルヲ以テ見レバ、主腫瘍ノ成長ハ更ニ之レヨリ速カナルモノナリ。

要之(一)食道癌ノ大サハ平均長サ八、三七 cm. ニテ、幅五、〇 cm. ナリ。(二)潰瘍ノ形成ハ一定度ノ蔓延ヲナシタルモノニハ悉ク存シ。(三)癌腫ノ形狀ハ狹窄ヲ呈スルモノ最モ多クシテ、食道癌ノ過半數(六一、五%)ヲ占ム。(四)食道粘膜面ニ主腫瘍ノ附近又ハ之レヨリ多少ノ距離ヲ離テ、癌腫ノ存在セルモノ可ナリニ多シ(三八、四%)ト雖モ、必ズシモ其存在ハ主腫瘍ノ成長ニ正比スルモノニ非ルベシ。

(丙)、食道癌ノ蔓延狀態。

(一)食道壁中ノ蔓延。

之レガ狀態殊ニ方向ヲ定ムルコトハ、必ズシモ容易ニ非ズ。癌若クバ癌潰瘍ノ全形其緣及底ノ性狀ヨリ推シ更ニ組織的像ニ徵シ、凡ソ變化ノ尤モ古キ所ヲ中央ト見(尤モ強キ潰瘍性崩壞、壁ノ肥厚等ニヨリ)、或ハ上方、或ハ下方、或ハ側方、或ハ壁ノ深層ニ向テ、進行蔓延ノ狀ヲ察スルニアリ。粘膜面ヨリ云ヘバ、一見原病竈ト全ク離隔セルガ如キ者(食道壁中ニテノ轉移)ニテ、實ハ原病竈ヨリノ連續性蔓延ナルコヲ確カメシムル者アリ。サレバ此事ハ唯大體ニ於テ、概略ノ言ヲナシ得ルノミ。

(三)(五)(七)(八)(九)(十一)(十二)(十三)。　合計八例(六一、五%)。

三、著シク長形ヲ呈シ、狹窄左程著シカラザル者、

(一)　合計一例(七、七%)。

四、壁肥厚セズシテ、外觀扁平ナル者

(二)(六)　合計二例(一五、四%)

故ニ食道癌腫中、狹窄ノ特ニ著明ナルモノ最モ多クシテ六一、五%ニ達シ、輪狀ニシテ狹窄ノ著シカラザル者及ビ扁平ナル者、共ニ其數遙ニ減ジテ一五、四%トナリ長形ニシテ狹窄ノ著シカラザル者最モ少クシテ七、七%ニ過ギズ。

(四)、粘膜面ニ、一個以上、相隔離セル新生組織ヲ顯ス者。

一、主腫瘍ノ附近ニ小腫瘍顯ハルヽ者

(一)(九)(十三)　合計三例(二三、〇%)。

二、主腫瘍トノ距離比較的著敷、外觀上各特發ノ形ヲ顯ス者。

(六)(七)　合計二例(一五、四%)。

通計五例(三八、四%)。

故ニ主腫瘍ヨリ遠ク離レテ或ハ其附近ニ、新生組織ヲ顯スコトハ可ナリニ多シ

余ノ十三例ニ於テハ次ノ數ヲ得タリ。

犯サレタル近傍臟器	番號	合計	百分比例
周圍ト癒着スルモノ	(一)(二)(三)(四)(五)(七)(八)(九)(十)(十一)(十二)(十三)	十二例	九二、三
縱隔膜ヲ犯スモノ	(七)(十)	二例	一五、四
血管ヲ犯スモノ	(八)(十)	二例	一五、四
肺臟ヲ犯スモノ	(十)	一例	七、七
氣管枝ヲ犯スモノ	(九)(十一)	二例	一五、四
骨ヲ犯スモノ	(七)(十)	二例	一五、四

即チ周圍ト癒着ヲ營ムモノハ、非常ニ多クシテ九二、三%ニ達シ、爾他ノ臟器及ビ組織ニアリテハ、其數著シク減ジテ互ニ大差ナキガ如シ。

二、終ニ食道腔トノ連絡ヲ形成スルニ至リタル者(穿孔)。穿孔ニ關シテ特ニ論ズベキハ、(イ)割合、(ロ)場所ノ二ナリ。

(イ)割合。Petri氏ニヨレバ、食道癌ニ於ケル穿孔ハ、比較的多クシテ、四十四例中二十七例(六一、三%)ニ之ヲ見タリ。然ルニ余ノ十三例ニアリテハ、(二)(九)(十)(十一)(十三)ノ五例(三八、四%)ニシテ、Petri氏ノ數ヨリ遙ニ下レリ。

蔓延ノ方向	番號	合計	百分比例
上向性	(八)	一例	七、七%
下向性	(五)	一一例	七、七%
側向性	(十)	一一例	七、七%
上下兩向性	(一)(三)(七)(九)(十一)(十二)(十三)	七例	五三、八%
限局性	(二)(四)	二例	一五、四%
多發性	(六)	一例	七、七%

由是觀之、食道癌ガ、食道壁中ニ限局シテ終ルコトハ、少クシテ多クハ何等カノ方角ニ進ミ、殊ニ潰瘍ヲ中心ト假定スレバ、多クハ上下兩面ニ向テ進行セルモノ、食道癌ノ過半(五三、八%)ナルヲ知ル、即チ多クハ壁ニ沿フテ蔓延スルモノニシテ、第十例ノ如キハ例外トス。

(二)近傍臟器ニ對スル連續性蔓延及ビ穿孔。

一、連續的ニ四圍ノ組織ニ癌腫ノ蔓延シタル者。

Kuckein氏ニヨレバ、食道癌ノ剖檢六十例中、一々各臟器ニ於ケル蔓延ハ證明シ能ハザリシモ、近傍特ニ大動脈、肺、縱隔膜ニ連續性蔓延ヲナシタルモノ、非常ニ多ク四十七例(七八、三%)ニ達セリ。

即チ

右肺ニ穿孔スルモノ　三例(二三、〇%)

左氣管枝ニ穿孔スルモノ　二例(一五、四%)

ナリ。兩者共ニ Petri 氏ノ統計ニ比較スレバ、遙ニ多キヲ見ルベシ。サレド氣管、氣管枝又ハ肺臟ニ穿孔多キコトハ、泰西ニ於ケル所見ト、殆ンド一致スルヲ見ルベシ。

(三)非連續性臺延(轉移)。

Billrot 氏ハ食道癌腫ヨリ、身體ノ諸臟器ニ轉移ヲ起スコトナシト云ヘリ。是レ往時病理學ノ進歩セザリシ時ノ誤リナリ。Voigt 氏ハ剖檢七十二例中、轉移アルモノ九例ヲ得タリ。Zenker u. Ziemssen 氏ニヨレバ、食道癌十五例中轉移アルモノ、九例(六〇、〇%)アリ、又 Petri 氏ニヨレバ、四十二例中二十五例(五九、五%)ノ轉移アリ。Buday 氏ハ食道癌十一例中ニ肝、肺、腎ノ三臟ニ轉移アルモノ四例(三六、一%)ヲ得タリ。

余ノ十三例ニハ標本材料皆ナ保存セラレザリシ者アルガ故ニ、更ニ新シク諸臟器ニ就キ檢鏡ヲ施シ、止ムナキハ剖檢記事ヲ基礎トシテ、調査シ次ノ結果ヲ得タリ思フニ此等ノ中、互ニ連續的關係ヲ保ツモノナキヲ保セズ。

一、轉移器官及ビ組織。

(ロ)場所。Zenker u. Ziemssen 氏ニヨレバ穿孔ノ最モ多キ所ハ(一)氣管及氣管枝ニシテ(二)肺臟之ニ次ギ(三)肋膜及ビ心囊(四)腹膜(特ニ食道下部ニ癌ノ發生シタル時)(五)大血管例ヘバ大動脈、肺動脈、頸動脈、鎖骨下動脈等順ヲ追フテ其割合ヲ減ズト云ヒ、Albers 氏(Petri 氏論文第三十七頁)ニヨレバ右肺最モ多ク。更ニ Petri 氏ニヨレバ右肺ノ穿孔最モ多ク氣管及氣管枝之ニ次グ。左表ノ如シ。

穿孔ノ場所	氣管	右氣管枝	左氣管枝	右肺	左肋膜	心囊	腹膜	後縱隔膜
穿孔例數	四	一	四	八	二	二	四	二
百分比例	一四、八	三、七	一四、八	二九、七	七四	七四	一四、八	七四

余ノ例ニアリテハ次ノ如シ。

番號	穿孔ノ場所
第三例	右肺下葉
第九例	左氣管枝
第十例	右肺下葉
第十一例	左氣管枝
第十三例	右肺

胃壁ニ轉移ヲ起シタルモノ　二例(一五、四%)。
肝臟ニ轉移ヲ起シタルモノ　一例　(七、七%)。
淋巴腺ニ轉移ヲ起シタルモノ　十例(七六、九%)。

故ニ、淋巴腺ノ轉移ハ食道壁十三例中、十例(七六、九%)ニアリト云フベク、食道壁自個ニ於ケル轉移ハ之ニ次ギ(三八、四%)胃(一五、四%)及ビ肝臟(七、七%)ノ轉移ハ遙ニ少シト云フベシ。

二、癌部位ト轉移トノ關係。

食道ヲ上中下ノ三部ニ分チ、癌腫部位ト轉移トノ關係ヲ統計スルニ次ノ如シ。

	癌部位	番號	轉移淋巴腺
I	上部(上部ヨリシテ下部ニモ來リシモノ)	八	頸部淋巴腺、氣管周圍淋巴腺。
		七	頸部淋巴腺、氣管周圍淋巴腺。
II	中部(中部ヨリシテ下部ニモ來リシモノ)	九	噴門淋巴腺、前縱隔膜淋巴腺。
	中部	十	脊柱、大動脈、奇靜脈及上大靜脈附近ノ淋巴腺。
	中部	十二	頸部淋巴腺、氣管枝淋巴腺、膵臟頭部淋巴腺、胃大彎小彎周圍淋巴腺、大動脈附近淋巴腺、腹膜後淋巴腺。
	中部	十三	腋窩淋巴腺、氣管及氣管枝淋巴腺、腹膜後淋巴腺。
		一	噴門淋巴腺。

之ヲ各例ニ就テ見ルニ次ノ如シ。

番號	轉移器官及ビ組織
第一例	食道。淋巴腺(噴門)。
第三例	肝臟。淋巴腺(鎖骨上窩、氣管、噴門。腹膜後。腸間膜根)。
第五例	胃。淋巴腺(噴門、胃小彎周圍、縱隔膜、氣管)。
第六例	食道(?)。淋巴腺(噴門)。
第七例	食道。淋巴腺(頸部、氣管周圍)。
第八例	淋巴腺。(頸部、氣管周圍)。
第九例	食道。淋巴腺(噴門、前縱隔膜)、
第十例	(本例ハ強ク右肺、脊柱、大動脈外壁面、奇靜脈上大靜脈幹ニ連續性ニ蔓延ヲ呈シタルモノ)…上述部位ノ附近ノ淋巴腺。
第十二例	淋巴腺(頸部、氣管枝、膵臓頭部周圍、胃大彎小彎附近、上行大動脈周圍、腹膜後)。
第十三例	食道。胃。淋巴腺(右側腋窩、氣管、氣管枝、腹膜後)。

要之、轉移ヲ證明セシモノ十例(七六、九%)ニシテ、之ヲ證明シ得ザリシモノ三例(二三、一%)ニ過ギズ。而シテ轉移ヲ起セル器官及ビ組織ノ割合ハ次ノ如シ。

食道粘膜面ニ轉移ヲ起シタルモノ五例(三八、四%)

(但シ第六例ハ果シテ食道粘膜面ノ轉移ナルヤ否ヤ不明ナリ之ヲ除ケバ)四例(三〇、八%)トナル。

蔓延ハアル所ニ於テ、更ニ之ガ附近ノ淋巴腺轉移ヲ起スコトヲ想像シ得ベシ、余ノ例ニ於テハ、連續性蔓延ヲナシタル方角ニ、淋巴腺(主トシテ)ノ轉移ヲ起シタルモノハ次ノ如シ。

番號	癌腫ノ連續性ニ蔓延セル臟器及組織	轉移ヲ起セル臟器及組織
七	鎖骨、脊柱、縱隔膜。	頸部及氣管枝淋巴腺。
八	總頸動脈。	氣管枝周圍淋巴腺。
九	氣管枝。	前縱隔膜。
十	脊柱、大動脈、奇靜脈、上大靜脈、縱隔膜、肺臟。	上述諸臟器ノ近在性淋巴腺。

五、轉移ノ方向。

食道癌ノ轉移ハ、淋巴腺ニ最モ多キガ故ニ、同一淋巴腺ニ就テ轉移ノ狀況ヲ研究スルハ必要ナリ。

淋巴腺ノ種類	番號	合計	食道癌十三例ニ對スル百分比例
頸部淋巴腺	三、七、八、十二。	四例	三〇、七%
腋窩淋巴腺	十三。	一例	七、七%
氣管周圍淋巴腺	三、五、七、八、十三。	五例	三八、四%

		中部主ニシテ下部ニモ來リシモノ	
	三	鎖骨上窩淋巴腺、氣管淋巴腺、噴門淋巴腺、腹膜後淋巴腺、腸間膜淋巴腺。	
		中部主ニシテ下部ニモ來リシモノ	
	五	噴門淋巴腺、胃小彎周圍淋巴腺、氣管淋巴腺、縱隔膜淋巴腺。	
III		下部主ニシテ上部ニモ來リシモノ	
	六	噴門淋巴腺。	

右表中I II IIIハ、各癌腫部位的關係ノ相似タルヲ集メタルモノナリ。由是觀之、(一)食道上部癌腫ハ、頸部及ビ氣管周圍ノ淋巴腺ヲ犯スコト多ク、(二)食道中部癌腫ハ前者ノ外、噴門、縱隔膜ト其附近及ビ腹膜後等ノ淋巴腺ニ轉移ヲ起スコト多ク、(三)食道下部癌腫ハ噴門部淋巴腺ニ轉移多キヲ知ル。

要之、癌發生部ニ近キ淋巴腺ニ轉移最モ多シ。

三、癌ノ進行程度ト轉移トノ關係。

第四章ノ始メニ記載シタル、食道癌剖檢略圖ト、上述器官及組織トノ關係ニヨリテ、轉移ノ多少ハ必ズシモ、原發癌腫ノ大サニ平行スルモノニ非ズ(六、十一ノ二例即チ一八、一%)ト雖モ、大部分ハ平行的(一、三、五、七、八、九、十、十二、十三ノ九例即チ八一、九%)ノモノト見ルベシ。

四、連續性蔓延ト轉移トノ關係。

既ニ原發癌ノ進行程度ト轉移トノ關係ガ、殆ンド平行的ナルヲ知ラバ、其連續的

管系統ニヨリ轉移ヲ起セルモノ(第三例七、七%)ハ、淋巴道ヨリスルモノ(一、三、五、六、七、八、九、十、十二、十三、合計十例七六、九%)ヨリ遙ニ少シ。

第五章。食道癌ノ合併症。

Lebert 氏(Deininger 氏論文四十二頁)ニヨレバ、食道癌ノ九例中三例ハ肺及腸ニ結核症ヲ證明シ。Petri 氏ニヨレバ、食道癌ノ四十四例中四例(九、一%)ハ身體ノ諸臟器ニ結核症ヲ證シ、又一例(二、三%)ハ肝、脾、腎臟ニ「アミロイド」變性及梅毒ヲ有セリ。食道ニ結核症及癌腫ノ同時ニ來リタル例ナク Ziemssen 氏ニヨレバ、食道ハ結核症ニ對シ大ナル免疫力ヲ有スト云フ。

余ノ十三例ニ於ケル合併症ハ次ノ如シ。

(甲)、病變、

(一)、肋膜炎。

之ハ最モ多ク見ル所ニシテ、之ヲ次ノ如ク二分シテ說クヿ合理ナラン。是レ兩者ノ臨床的意義異ルガ故ナリ。

(イ)、纖維性又ハ纖維素性肋膜炎(二、四、五、七、八、九、十一、十二)。

氣管枝周圍淋巴腺	十二、十三。	二例	一五、四%
縱隔膜淋巴腺	五、九。	二例	一五、四%
噴門淋巴腺	一、三、五、六、九。	五例	三八、四%
胃大彎及小彎附近淋巴腺	五、十二。	二例	一五、四%
膵臟頭部淋巴腺	十二。	一例	七、七%
腹膜後淋巴腺	三、十二、十三。	三例	二三、〇%
大動脈附近淋巴腺	十、十二。	二例	一五、四%
脊柱附近淋巴腺	十。	一例	七、七%
腸間膜根淋巴腺	三。	一例	七、七%

由是觀之、(一)氣管周圍淋巴腺及ビ噴門淋巴腺ヲ犯スモノ最モ多ク(三八、四%)、(二)頸部淋巴腺(三〇、七%)、(三)腹膜後淋巴腺(二三、〇%)、(四)氣管枝、縱隔膜、大動脈附近胃大彎及小彎周圍淋巴腺之ニ次ギ(一五、四%)、(五)膵臟頭部附近、脊柱附近、腸間膜根淋巴腺最少也(七、七%)。此等ノ數ハ直ニ以テ轉移ノ方向ヲ確定スルニ足ラザルモ、又以テ多少ノ參考トナスニ足ル。

食道癌轉移ノ方向ハ、斯クノ如ク主トシテ淋巴道ニヨルモノニシテ、癌腫ニ近キ部分ニ強ク顯ハル、ヿ既述セシ如クナレモ、又淋巴道ニ於テ腹膜後ニ轉移セルモノ、如ク、逆行性蔓延(三、十二、十三等)ヲモ、亦認メ得ベキナリ。食道癌腫ニシテ、血

(十)肺膨脹不全。(六)。　　合計一例(七、七%)。

(十一)爾他ノ合併症ハ次ノ如シ。

心臟實質變性(一、四)。心臟萎縮(五)。腎臟纖維腫(一、十)。腎臟瘢痕(二)。腎臟實質變性(一、六)。纖維性脾臟周圍炎(四、十二)。慢性肝臟間質炎(四)。肝臟實質ノ變性(一、六)。肝臟「ヂストマ」症(六、八)。肺臟纖維性硬變(二)。喉頭及氣管加答兒(四)。皮下及粘膜下出血(五)。梅毒症(十)

(乙)。食道癌ト關係アル病變。

(一)肺炎。

之ハ諸種ナル重症ニ於テ、遺後病トシテ屢見ル所ナルガ、余ノ十三例中腐敗性肺炎ヲ有スルモノハ、既述スル如ク六例(四六、一%)アリ。其中四例(三、九、十一、十三)=(三〇、七%)ハ、夫々氣管枝及肺ニ穿孔シタルモノニシテ、一例(五)ハ胃瘻形成後三日ニシテ臨床上、下垂肺炎ヲ發シタルモノ、他ノ一例(七)ハ同ジク胃瘻形成後四日ニシテ臨床上蜂窩織炎ヲ起シテ殪レタルモノナリ。即チ穿孔ニヨレル腐敗性肺炎ハ四例ニシテ正ニ肺炎ノ五〇、〇%ヲ占ム。故ニ肺炎ハ食道癌ノ合併症中多キ「第二位(六一、五%)ニシテ、其中腐敗性肺炎最モ多ク、且ツ腐敗性肺炎ハ最モ多ク食道癌ノ穿孔ニヨリテ起ルモノナリ。

(ロ)、化膿性肋膜炎。(六、十三)。　合計八例(六一、五%)。

合計二例(一五、四%)。

通計十例(七六、九%)。

(二)、肺炎。

(イ)、加答兒性肺炎。(八、十二)。　合計二例(一五、四%)。

(ロ)、腐敗性肺炎。(三、十三)。　合計二例(一五、四%)。

(ハ)、加答兒性及腐敗性肺炎。(五、七、九、十一)。　合計四例(三〇、八%)。

(三)、胃加答兒性炎。(一、五、六、十二)。　通計八例(六一、五%)。

(四)、氣管枝加答兒。(三、四、七、十二)。　合計四例(三〇、八%)。

(五)、肺結核症。(二、八、九、十)。　合計四例(三〇、八%)。

(六)、淋巴腺結核。(八、九、十一)。　合計三例(二三、〇%)。

(七)、動脈硬化症。(一、三、四)。　合計三例(二三、〇%)。

(八)、胃癌。(十二)。　合計一例(七、七%)

(九)、氣胸。(六)。　合計一例(七、七%)。

第十二例ハ多發性原發胃癌ニシテ、其組織學上ノ構造ハ後述スル如ク、食道癌ヨリ新タナリ。食道癌ノ轉移胃癌ハ二例(五、十二)アリ。

要之、(一)肋膜炎ハ最モ多キ合併症(七六、九%)ニシテ、(二)肺炎(六一、五%)ハ之ニ次グモ其中腐敗性肺炎(四六、一%)ハ最モ多ク、其中食道癌ノ穿孔ニヨリテ腐敗性肺炎ヲ起シタルモノ(三七、七%)多シ。(三)胃加答兒性炎、肺結核症(三〇、八%)之ニ次ギ。(四)淋巴腺結核症、動脈硬化症(二三、〇%)。(五)餘ハ其數ヲ減ジテ七、七乃至一五、四%ノ間ヲ昇降ス。

第六章。食道癌ノ診斷

食道癌ノ臨床的診斷ハ普通、既往症、現症、特ニ「ブジー」ノ挿入ニヨリテ決セラル。

余ノ十三例ニ於ケル臨床的症狀中最モ早ク顯ハレタルハ、食道部異樣ノ知覺ニシテ、(一)嚥下困難(九二、三%)、(二)嘔吐及發作性疼痛(六九、二%)、(三)食道部異樣ノ知覺(六一、五%)ノ三症狀ハ、殆ンド本病ノ主要兆候ト見做スベキ統計ヲ示セリ。

次ニ余ノ例ニ於テ癌腫ノ位置的診斷ニ就テハ、次ノ關係ヲ示セリ。

臨床的診斷	番號	例數
胃癌	(一)	一

(二)、胃加答兒性炎。

之ハ食道癌腫ノ腐敗分泌物ガ、胃ニ入リ分解ヲ起シテ然ルモノナラン。而シテ本症ヲ有スル四例ノ中三例(一、五、十二)ハ共ニ、癌腫面ニ大潰瘍ヲ有シ、他ノ一例(八)ハ食道下部ニ潰瘍面ヲ有ス。或ハ潰瘍形成ノ程度ト平行シテ、本症ヲ發スルモノナルヤモ計ル可ラズ。

(三)、氣胸。

第六例ハ腫瘍ガ肋膜腔ニ下垂シ終ニ破壞シタルニヨリテ生ジタルモノナリ。

(四)、肺結核症。

D. Gerhardt 氏ニヨレバ、食道癌ニ於ケル肺結核症ハ他ノ癌腫ニ於ケル夫レヨリモ多シト云フ。或ハ云フ、食道癌ニヨレル身體ノ營養障害ハ、肺結核ヲ誘發スト。然レドモ如上肺結核四例中二例(二、九)ハ、著敷肺結核症ノ進歩セルモノニシテ、他ノ二例(八、十)ハ治癒ニ傾ケル肺結核症ニシテ、且其既往歷史ハ甚ダ古シ。斯カル少數ノ例ヲ以テ此關係ヲ確定スルヿ固ヨリ不可能ニ屬スト雖モ、二者ノ間發生的關係ハナキモノナラン、

(五)、胃癌。

(二)自己ノ經過中ニ危險ナル合併症ヲ催起セル者。

(イ)直接食道癌ノ爲ニ誘起セラレシ者。

(三)(九)(十一)(十三)……(穿孔從テ肺炎ヲ起シタルモノ)……合計四例(三・〇八%)

(十)……(食道癌腫ヨリ出血ヲ起シタル者)……合計一例(七・七%)

(六)……(氣胸ヲ起シタルモノ)……合計一例(七・七%)

(ロ)食道癌ニ起因スルモ、稍間接ノ關係ニヨルモノ。

(五)(七)(十二)……(肺炎ヲ起シタルモノ)……合計三例(二三・〇%)

(ハ)全ク直接ノ關係ナキ合併症ニヨルモノ。

(二)……(肺結核症)……合計一例(七・七%)

(三)手術後ノ衰弱及ビ手術ニ關係スル合併症ニヨルモノ。

(イ)手術後ノ衰弱ニヨルモノ。

(一)(四)……合計二例(一五・三%)

(ロ)手術ニ關係スル合併症。

(八)……(貧血性腦實軟化ヲ起シタルモノ)合計一例(七・七%)

要之(一)穿孔從テ肺炎ヲ起シタルモノ最モ多ク(三〇・八%)(二)單ニ合併症トシテ肺

喉頭癌	(八)	一
縦隔膜腫瘍	(一)(二)(三、四、五、六、七、九、十一、十二、十三)	一一
食道癌		一〇

今斯カル臨床上診斷アリシコノ理由ヲ考フルニ、第一例ニアリテハ癌腫ガ食道最下部ニ存シタル爲メ、臨床上胃癌ノ如ク見ヘ、第八例ニアリテハ癌腫ガ食道上部ニ存シ頸部淋巴腺轉移著明ナリシ爲メ、臨床上喉頭癌ノ如ク見ヘ、第十例ニアリテハ食道内壁ニ狹窄ナク癌腫ガ主トシテ後縦隔膜、大動脈及脊柱ノ方向ニ進ミタル爲メ、臨床上縦隔膜腫瘍トシテ現ハレタルナリ。餘ノ十例ニアリテハ診斷皆當ヲ得タリ。

要之、食道癌ノ診斷ハ普通容易ナリ。

第七章。食道癌ノ死因。

(甲)、直接死因。

直接ノ死因ヲ定ムルコトハ、多クノ疾病例ニ於テ必ズシモ容易ニ非ズ。

(一)營養不給、及ビ之ニ伴フ衰弱ヲ以テ斃ルヽ者(局所ノ爲メ、及所謂癌腫惡液症 Kre bskachexie ノ爲)。

平均日數　十　日　間

要之、手術後ノ生存日數ハ最モ短キヲ一日間トシ、最モ長キヲ四十八日間トス。而シテ其平均數ハ僅カ十日間ニシテ Schmidt 氏ノ數ヨリ遙ニ下レリ。然レドモ此數ハ直ニ以テ統計數ニ入ル可カラズ。何トナレバ、手術後死亡セザルモノハ、我統計ニ算入セザルガ故ナリ。

第八章。食道癌ノ病理組織學。

余ノ材料ハ前記十三例中、剖檢時既ニ腐敗シ居リシ第十三例ヲ除キ、其代リ臨床的記載ヲ缺ケル食道癌二例（之ヲ第十四例、第十五例ト便宜上名稱ス）ヲ加ヘ、合計十四例ヨリ成リ之ニ就キ一々顯微鏡的研究ヲ施シタルナリ。

（甲）組織的構造ノ概觀

食道癌ヲ構成スル細胞ガ、通例扁平上皮細胞ナルコトハ、復タ言ヲ俟タズ。（唯ダ稀レニ圓柱上皮細胞癌ナルコトアリト云フ）。

Petri 氏ノ研究ニヨレバ、四十四例ノ食道癌ハ悉ク扁平上皮細胞癌ヨリ成レリ。（一〇〇、〇％）。

今余ノ十四例ニ就テ組織的研究ヲ施シ、其所見ヲ總括スルニ左ノ如シ。

炎ヲ起シタルモノ之ニ次ギ(二三、〇%)右二者通計肺炎七例(五三、八%)ハ手術ノ有無ヲ通ジテ最モ多キ死因ナリ。(三)手術後ノ衰弱ニヨルモノ之ニ次ギ(二二、〇%)、(四)癌ノ蔓延最モ強度ナル爲メ衰弱スルモノ、肋膜炎及氣胸ニヨリ其他手術ニヨレル合併症ノ爲メ死セル者皆七、七%宛ノ割合ナリ。

(乙)、手術後ノ生存日數

之ハ手術ノ難易、患者ノ狀態ニヨリテ一々相違スルヲ以テ、手術果シテ死ヲ早メシヤ、或ハ手術セザルモ斯クアリシヤ、一概ニ云フ能ハザルモノアリ。故ニ玆ニハ唯ダ結果ニ就テ云々スルノミ。

Schmidt氏ニヨレバ、手術後ノ生命最モ長キモノヲ百五十日トシ、最モ短キヲ一日トス。同報告二十一例中、一例ハ全治シ、一例ハ四週間ノ後退院シタルガ故ニ之ヲ除キ、餘レル十九例ノ平均生存日數ヲ計算スレバ二十四日半ナリ。

今余ノ十三例中手術ヲ行ハザリシ(六)、(十)、(十三)ノ三例ヲ除キテ、此關係ヲ示スト次ノ如シ。

番號	(一)	(二)	(三)	(四)	(五)	(七)	(八)	(九)	(十一)	(十二)
手術後ノ生存日數	二	二十九	一	一	八	四十八	二	二	二	五

(イ)癌珠形成アル者ハ多ク角質變質性ヲ伴フ。(一)(二)(五)(六)(八)(十二)(十五)合計七例即チ五〇、〇%。

(ロ)癌珠形成及角質變性アルモノ、殊ニ次ノ五例ニアリテハ經過最モ長シ。但シ此統計ハ手術ヲ受ケタルモノ多キガ故ニ、確實ノ證據トナラズ。サレド調査セル事實ヲ記セバ次ノ如シ。

番號	最初ノ症狀顯ハレタル時ヨリ死亡迄ノ期限	組織像
(二)	六ケ月	筋層ヲ犯スト雖モ割合ニ少シ、寧ロ多ク表面ニ沿ヒテ進ム
(五)	十四ケ月	細胞ハ極メテ上層ノ性質ヲ有ス。
(六)(外科的手術ヲ受ケザリシモノ)	九ケ月	癌束ノ太キ部分ハ割合ニ浸潤性ナラズ
(八)	八ケ月	上層及下層ノ細胞ヨリ成リ結締織ハ各癌束ノ中央ヲ滿タス。
(十二)	五ケ月	上層細胞ヨリ成リ深部トハ境界劃立シ、甚シク浸潤性ナラズ。
平均	八、四ケ月	

此平均經過數ハ、余ノ研究材料ニ供シタル十三例ノ平均數六、五ケ月ヨリ、約二ケ月長シ。癌珠形成及角質變性ノ最モ多キ第二例ノ如キハ、以下說クガ如ク筋層ヲ

(一)、食道癌ハ悉ク扁平上皮細胞ヨリ成ル(一〇〇、〇%)。

(二)、食道癌ハ食道壁ニ於テ、許多ノ不規則ナル索條又ハ胞巢ヲ作ル(一〇〇、〇%)。

(三)、癌束ノ配列ハ皆密ナリ(一〇〇、〇%)。

(四)、癌束ノ内容ハ皆充實ス(一〇〇、〇%)。唯ダ三例(三、六、十一)ノ三例ハ所々充實セザルヲ見ル。

(五)、癌珠ノ形成

非常ニ多キモノ……(二)

可ナリニ多キモノ……(五)、(十五)

割合ニ少キモノ……(一)、(三)、(六)、(八)、(九)、(十二)

合計九例(六四、三%)。

(六)、角質變性

非常ニ多キモノ……(二)

可ナリニ多キモノ……(五)、(八)、(十五)

割合ニ少キモノ……(一)、(六)、(十)、(十二)

合計八例(五七、一%)。

(七)、癌珠ノ形成及角質變性ノ關係

二者ノ關係ハ不明ナレモ、尚以上ノ材料ニヨリテ考フルニ次ノ事實アリ。

ヲ作ルモノナリ。

(一)一般ニ明ニ上層細胞ノ性質ヲ顯スモノ。

(一)(二)(四)(十二)(十四)(十五)……合計六例(四二、八%)。

(二)若キ癌腫部ニテハ明ニ最下層上皮細胞ノ性質ヲ有シ、稍古キ部分ニテハ明ニ上層細胞ノ性質ヲ有スルモノ。

(五)(六)(八)(九)……合計四例(二八、五%)。

但シ(五)ニテハ强度ノ壞死アリ。

(六)ニテハ同一癌束ニ於テ、周圍ニ下層細胞アリ、中央ニ角質變性アリテ、兩者ノ間甚ダ突然ニ、細胞ノ性質交代スルガ如ク見ユ。

(八)ニテハ漸次交代シテ兩者中間ノ細胞形ヲ呈ス。

(九)ニテハ下層細胞多ク、上層細胞少ク、且壞死强大ナリ。

(三)細胞ノ大サ、核ノ大サ甚ダ不規則ニシテ、空泡性變性ノ甚シキモノ。

(七)(十)……合計二例(一四、三%)。

(四)最下層細胞ノ性質著明ニシテ、上層細胞ノ性質少ク一見腺細胞癌(Carcinoma simplex)ノ如キモノ。

犯スヿ少ク、發育ハ主トシテ擴張性(浸潤性ナルヨリモ)ナルヲ見ル。故ニ癌珠形成又ハ角質變性ノ少キモノハ、發育ノ度一般ニヤヽ急速ニ非ルガ如シ。

(乙) 食道癌ヲ構成スル細胞ノ狀態。

食道癌ハ通例扁平上皮細胞ヨリ成ルモ、其細胞ノ性質、形狀、發育ハ必ズシモ常ニ一樣ニ非ズ。又稀レニハ圓柱狀上皮細胞癌アルヿアリ。Franke 氏ハ食道ニ於ケル圓柱狀細胞癌ノ發生ニ就テ三種ノ假定ヲ立テタリ。即チ如次。

(イ)食道ニハ生理上小粘膜腺存在シ、其細管中ニ圓柱狀細胞アリ。(ロ)食道壁ニハ圓柱狀細胞ノ胎生的迷芽アリ(Heterotope Magendrüse)(ハ)重層扁平上皮(Pflasterepithel)ノ最下層ハ圓柱狀細胞ノ性質ヲ有ス、同細胞及其附近ニ於テ骰子狀細胞ニ傾ケル、低キ圓柱狀細胞ハ前記ノ二圓柱狀細胞ト共ニ圓柱狀細胞癌發生ノ基トナル。

今余ノ組織標本十四例ニ就テ、細胞ノ性質及發育狀態ヲ研究シテ次ノ結果ヲ得タリ。

癌腫細胞ガ主トシテ重層扁平上皮ノ最下層細胞ヲ呈セル乎、或ハ上層細胞ノ性質ガ主ニ發現セルヤニ就テ檢シタルニ、其所見次ノ如シ。蓋シ甲者ニテハ細胞ガ圓柱狀、骰子狀、短圓柱狀ヲナスモノ多ク、乙者ニテハ扁平狀多ク又タ癌珠、角質變性等

(十四)ニテハ結締織ハ各小癌束ノ間ニ入リテ、一見肉腫ノ觀ヲ呈シ、且上皮細胞ノ一部ニ強度ノ壞死アリ。

(十五)ニテハ結締織ハ強度ノ硝子樣變性ヲ呈セリ。

(二)癌束不規則ニ密生シ、間接結締織ノ比較的少キモノ。

(二)(四)(七)(九)(十)……合計五例(三五、七%)。

但(十)ニテハ強度ノ硝子樣變性ヲ呈セリ。

(三)一般ニ增殖ノ度强盛ニシテ、筋層ノ如キハ已ニ全ク其侵蝕ヲ蒙リタルモ、氣管軟骨又ハ大動脈壁ノ如キ抵抗强キ所ニ至リ、其緣ニ於テ止ルモノ。

(一)(三)……合計二例(一四、三%)。

(四)著ク筋層中迄進入シ、茲ニ所々(切片ニ於テ)島嶼ヲナスモノ。

(六)(八)(十二)(十四)……合計四例(二八、五%)。

(丁)、間質結締織ノ關係

之ニ關スル所見ヲ概括シテ記スレバ次ノ如シ。

(一)間質結締織ノ發育ハ割合ニ顯著ナリ

(二)結締織細胞ノ狀態ハ、悉ク纖維樣ニシテ、核ハ著明ナルアリ、又不明ナルアリ、核ノ

(三)……合計一例(七、一%)。

(五)茲ニ特記スベキ一例アリ、ソハ扁平上皮細胞癌ニシテ其形甚ダ腺狀、腺管狀或ハ圓柱狀細胞ヲ示ス者多ク、頗ル「圓柱狀細胞癌」カト疑ハシメシモ、精檢ノ結果、全者ハ矢張扁平上皮細胞癌ニシテ、其細胞ノ形態ガ變化シテ圓柱狀ヲナシタルニ過ギザルコヲ知レリ。此例ニテハ明ニ扁平細胞ヨリ此形態ノ由來ヲ追跡ス可ク、敢テ粘液腺若クハ人異生的胃腺ヨリノ發生ヲ說クヲ要セザルナリ。又所々「ヘマトキシリン」ニヨリテ染マル粘液狀物ヲ容ル、モ、畢竟結締織及腫瘍組織ノ變性ニ過ギザルヲ知レリ。

(十一)……合計一例(七、一%)。

(丙)、食道癌ノ組織的增殖狀態。

一言以テ掩ヘバ所謂惡性腫瘍ノ發育狀態ヲ示スニ外ナラズト雖モ、左ニ其大凡ノ組織的形態ヲ記載ス可シ。

(一)、癌束不規則ニ密生シ、結締織ノ增殖比較的多キモノ。

(一)、(三)、(五)、(六)、(八)、(十一)、(十二)、(十四)、(十五)……合計九例(六四、三%)。

但(八)ニテハ各癌束ノ中央ニ結締織ヲ伴フ、是レ他ノ標本ニ見ザリシ所ナリ。

總括。

余ノ調査セル材料ハ尚少數ナルガ故ニ、之ニヨリ敢テ食道癌全者ヲ規セントスルニハ非レ𪜈、其調査成績ヲ總括スレバ左ノ如シ。

(一)、食道癌ハ女子(七、七%)ニ少ク、男子(九二、三%)ニ多シ而シテ其原因又ハ誘引トモ認ムベキモノハ不攝生、殊ニ飲酒ニアルガ如シ

(二)、遺傳ノ關係ハ癌腫一般ト等シク極メテ重要ニハ非ズ。

(三)、食道癌ハ四十歳乃至六十歳ノ年齡ニ多シ(一〇〇、〇%)。

(四)、食道癌ハ殆ンド皆原發癌(九二、八五%)ナリ

(五)、食道癌ノ頻度ハ割合ニ多カラズ。即チ剖檢數ニ比シテ少ク(一、〇八%)、剖檢例癌腫總數ニ比シテ必ズシモ稀有ニ非ズ(九、五六%)、各臟器癌腫ニ比シテ第四位ニアリ消化管癌腫ニ比シテ未ダ以テ多シト云フ可ラズ(一七、五六%)胃癌ニ比シテ可ナリニ多シ(二六、〇%)

(六)、食道癌ノ臨床的症狀中最モ多キハ嚥下困難(九二、三%)ニテ、嘔吐及發作性疼痛ハ各之ニ次ギ(六九、二%)、食道部異樣ノ知覺ハ六一、五%アリ

(七)、食道癌ノ經過ハ始メノ症狀顯ハレシヨリ平均六ケ月半ナリ

數ハ多寡一定セズ。

(三)圓形細胞ノ浸潤ハ極メテ多キ所アリ、又少キ所アリ。

(四)血管ハ一般ニ貧ナルモ、若シ有レバ多クバ充盈ス。癌束ノ周圍ニ接シテ存スルアリ、又多少癌束ト離レテ結締織中ニ存スルアリ、更ニ一定セズ。

(五)第十二例ニ於テハ間質結締織ヨリ化生セリト考フベキ骨組織アリ(林郁彦氏研究標本ニ依ル)。

以上第八章ニ於テ述ベタル所ヲ概括スレバ次ノ如シ。(一)食道癌ハ悉ク扁平上皮細胞ヨリ成リ、癌束ノ配列ハ密ニ、其内容ハ充實シ、癌珠ハ多クバ角質變性ヲ伴ヒ、二者發育ノ度強盛ナルニ從テ反對ニ癌腫ノ發育度ハ緩慢トナルガ如シ。(二)癌腫細胞ノ性質ハ上層細胞ノ性質ヲ帶ブルコト多ク、却テ下層細胞ノ性質少ク唯ダ一例(第十一例)ノミ下層細胞及其變態細胞トヨリナリ、以テ一見圓柱狀細胞癌ヲ疑ハシメタリ。(三)食道癌ノ增殖狀態ニ就テハ、癌束ハ皆不規則ニ密生シ結締織ノ增殖多ク、筋層ヲ容易ニ犯スモノ亦多シ。(四)間質結締織ノ發育ハ概シテ顯著ニテ、多クバ纖維樣トナリ、血管ニ乏シク、一例(第十二例)ノミ間質結締織ヨリ化生セリト考フベキ骨組織ヲ有ス。

(十五)。食道癌ノ合併症中最モ多キハ纖維性及纖維素性肋膜炎(七六、九%)ニテ、加答兒性及腐敗性肺炎(六一、五%)之ニ次ギ、胃加答兒性炎、氣管枝加答兒、肺結核症皆各三〇、八%アリ。

(十六)。食道癌ニ關係アル病變中最モ多キハ、食道癌ノ穿孔ニヨリテ起レル腐敗性肺炎(三〇、八%)ニテ、胃加答兒性炎(三〇、八%)ハ癌腫潰瘍面ノ分泌物ニヨリテ起リ、胃癌(一五、四%)ハ食道癌ノ轉移ニヨリテ生ジ、氣胸(七、七%)ハ腫瘍ガ肋膜腔ニ破壞シタルガ爲ナリ。食道癌ト肺結核症トハ發生的關係ナキモノヽ如シ。

(十七)。食道癌ノ主要症狀ハ、嚥下困難、嘔吐及發作性疼痛、食道部異樣ノ知覺ノ三ナリ、普通診斷ハ容易ナリ。

(十八)。食道癌ノ直接死因ヲナスモノハ、肺炎(五三、八%)最モ多ク、手術後ノ衰弱ニヨルモノ之ニ次グ(二三、〇%)。而シテ手術後ノ生存日數ハ剖檢ニ附セラレタル我統計丈ニテハ平均十日間ニ過ギズ

(十九)。食道癌ハ悉ク扁平上皮細胞(一〇〇、〇%)ヨリナリ、悉ク不規則ナル癌束及ビ胞巢ヲツクリテ密ニ配列シ、癌珠ノ形成(六四、三%)及角質變性(五七、一%)ハ互ニ相伴フテ生ズルヿ多ク(五〇、〇%)、二者發育ノ度ハ癌腫ノ夫レニ反比例スルガ如シ。

(八)、食道癌ノ最モ多キ場所ハ中部殊ニ氣管分岐部ニ相當スル所ナリ(六九、二%)。

(九)、食道癌ノ長サハ平均八、三七cm、幅五、〇cm、アリ。食道癌ハ悉ク多少ノ潰瘍ヲ形成シ、形狀ヨリ言ヘバ食道壁ノ一部ニ於テ肥厚甚シク狹窄殊ニ强キモノ最モ多シ(六一、五%)。食道粘膜面ニ於テ一個以上相隔離セル新生組織ヲ顯スモノ二三、〇%アリ。

(十)、食道癌ハ食道壁ニ於テ多クバ上下兩向性(五三、八%)ニテ、周圍臟器ト癒着スルモノ頗ル多シ(九二、三%)。

(十一)。食道癌穿孔ノ割合ハ三八、四%ニシテ、其中右肺ハ五分ノ三、左氣管枝ハ五分ノ二ナリ。

(十二)。食道癌ノ淋巴腺轉移ハ最モ多ク(七六、九%)ニシテ、食道壁ノ轉移(三八、四%)、胃壁(一五、三%)、肝臟(七、七%)ナリ。而シテ癌發生部ニ近キ淋巴腺ニ轉移最モ多シ。

(十三)。原發食道癌腫ノ大サハ、轉移ノ多寡ニ凡ソ併行シ、連續性蔓延ヲ起シタル方角ニ主トシテ淋巴腺ノ轉移ヲ起ス。

(十四)。轉移ノ方向ハ主トシテ淋巴道ニヨルモノニテ、逆行性轉移モ認メ得ベク、血管系統ヨリスルモノモ亦確ニ存ス。

u. Therapie. VII. 1. Krankheiten der chylopoëtischen Apparates I. Anhang. 1878. s. 31—33, 168, 188, 170, 171;

Pigger: Beiträge zur Lehre des Speiseröhrenkrebs. Inaugural-Dissertation, Göttingen, 1899. s.64.;

Chrysander: Ein Fall von Carcinom am Anfang d. Oesophagus. Inaugural-Dissertation. Jena, 1896. s. 9, 10, 11, 12.;

Voigt: Ueber Krebs der Speiseröhre. Inaugural-Dissertaton, Tübingen, 1894. s. 39, 43, 45.;

Deininger: Ein Fall von Epithelkrebs im Oesophagus. Inaugural-Dissertation, Erlangen, 1860, s. 42.;

Reincke: Fall einer mit einem Oesophaguscancroid communicirenden Lungencaverne, die als Divertikel functionirte. Virchows Archiv, Bd. 51. 1879. s. 411;

Carmalt: Bemerkungen zur Lehre von der Entwickelung der Carcinome nebst Beobachtungen über die spontane Bewegungsfähigkeit von Geschwulstzellen. Virchows Archiv, Bd. 55. 1872. s. 481;.

Zahn: Ueber zwei Fälle von Perforation der Aorta bei Oesophaguskrebs. Virchows Archiv, Bd. 117. 1889. S. 221, 226, 227;

Altmann: Ueber Perforatio der Aorta thoracica vom Oesophagus. aüs Virchows Archiv, Bd. 126. 1891. s. 408.;

(二十)。食道癌々腫細胞ハ主ニ上層細胞ノ性質ヲ有シ、下層細胞ノ性質著シクシテ一見圓柱細胞癌ヲ疑ハシメシモノ一例(七、一%)アリ

(二十一)。食道癌ハ抵抗少キ所ヲ容易ニ犯シ、間質結締織ハ多クハ纖維性ニシテ發育ヨロシク、間質結締織ヨリ化生セリト考フ可キ骨組織(七、一%)アリ。

主要參考書、

林郁彥氏。多發性原發癌ノ例證的追加並ニ癌腫細胞化生ノ知見、癌、第一年第二冊、頁403, 405, 411。

赤松是三郎氏。日本消化機病學會雜誌、第五卷、第四號 S. 335-339。

赤松是三郎氏。醫事新聞、第七百五十六號、頁 594-596。

佐藤勤也氏。癌ノ發生部位ニ關スル統計的調査。癌、第一年第一冊 頁 9. 11.

山極勝三郎氏。胃癌發生論 頁 15. 18. 20. 21.

Petri: Ueber 44 im pathолog. Institut zu Berlin in der Zeit von 1859 bis zum März 1868 vorkommenen Fälle von Krebs der Speiseröhre. Inaugural-Dissertation, Berlin, 1868, s. 29, 31, 32, 34, 37, 41, 45, 46 47;

Zenker u. v. Ziemssen: Krankheiten d. Oesophagus. v. Ziemssen, Handbuch der spec. Pathologie

Buday : Statistik der in dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität in Kolozsvar in den Jahren 1870—1905 zur Obduktion gelangten Krebsfälle, nebst kurzer Uebersicht der inner halb desselben Zeitraumes vorgekommenen sonstigen bösartigen Geschwülste. Zeitschrift für Krebs forschung, Band VI. s. 5, 9, 11, 12, 20, 22, 26, 47, 48.;

Kraus : Die Erkrankungen der Speiseröhre. Nothnagel, spec. Pathologie u. Therapie, XVI. I. Theil. II. Abtheiluung. II. Hälfte. 1902. s. 228, 229, 239, 240, 242, 246, 240, 242, 246.;

Thorel : Verdauungstraktus. Lubarsch u. Ostertag, Ergebnisse. der allg. Pathologie u. path. Anatomie, Bd. V. 1900. s. 140, 141.

Henke : Microsopische Geschwulst—diagnostik. 1906. s. 250.;

Eberth ; Verirrtes Magen-Epithel in der Speiseröhre. Fortschritte der Medizin, Bd. XV. s. 251, 257;

Köllinger's Handbuch der Gewebelehre des Menschen. III. (v. Ebner.) 1902. s. 131.

Franke: Carcinoma cylindrocellulare gelatinosum Oesophagi, ein Beitrag zur Lehre der Keimver sprengung. Virchows Archiv, Bd. 174, 1903. s. 563, 564, 568, 569, 570,

Fischer: Ueber einen Fall von primärem Carcinoma myxomatodes des Oesophagus. Prager med. Wochenschrift, 1899. No. 30—31.;

Ribbert: Lehrbuch der speciellen Pathologie. 1902. s. 240, 241;

Ziegler: Lehrbuch der spec. pathol. Anatomie. 1898. s. 503.;

Kaufmann: Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. 1904. s. 360, 362, 364, 366.;

Rosenheim: Oesphagus-Krankheiten. Eulenburg, Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, XVII. s. 406;

D. Gerhardt: Krankheiten des Mundes, des Rachens und der Speiseröhre. Mehring, Lehrbuch der inneren Medizin. 1903, s. 389.;

Hampeln: Zur Pathologie d. Oesophaguscarcinoms. Zeitschrift für Krebsforschung, Band I. 1904. s. 374.;

Kuckein: Ueber zwei Fälle von Oesophaguscarcinom, welche unter dem Bilde eines Aortenaneurys mas verliefen. Deutsche med. Wochenschrift, 1902. No. 45—47.;

抑モ陰莖癌ノ比較的稀ニシテ一般癌腫中

Pajet u. Sibly	〃	1%
Winiwarter	〃	2.55%
Fischer	〃	2.7%
Billroth	〃	3.01%
Schick	〃	2.4%
Küttner	〃	2.27%
Buday	〃	2.6%
Tägtmeyer	〃	2.6%

須——蘇

ナリトセリ故ニ平均2,39%ナリトス

又男子ノ癌腫中陰莖癌ヲ

Tägtmeyer	〃	5,15%
Billroth	〃	5.52%
Schick	〃	4.5%
Küttner	〃	4.58%

○陰莖癌ニ就テ(Ueber das Peniscarcinom)—插圖ハ第三年第一册ノ續ニ載ス—

東京醫科大學病理學教室ニ於テ

志願助手　須藤義一

(先年多數ノ順天堂病院并ニ少數ノ本學佐藤外科ヨリ贈與セラレタル手術的切除ニヨル陰莖癌材料ニ就キテ其ノ當時當教室在勤ノ河村町由兩學士之レガ研究ヲ施コサントテ已ニ組織標本全部ヲ作製セラレタリシモ未ダ夫ガ記載ヲ試ムルノ運ニ至ラザルニ兩氏共教室ヲ辭サレタルヲ以テ山極教授ノ命ニヨリ予ハ更ニ標本陳列室ノ陰莖癌材料ヲモ加ヘ之レガ所見ヲ述ブルコトヽナリヌ。)

陰莖癌ニ就テハ古來多數ノ文献アリ殊ニ近者Küttner氏ハ主トシテ外科學的方面ヨリ數回ニ渡リテ精細ナル記述ヲ試ミラレ予輩等淺學何等追加ノ餘地ヲ見ザルガ如シ然レ𪜈幸ニ自ラ調査スルヲ得タル多數材料ノ所見ニ徴シ其發生部位。其種類。其發生狀態。其發生原因ニ關シ玆ニ報告セントスル者ハ山極博士ノ所謂『癌發生ニ對シ各臟器ハ皆特殊ノ歷史ヲ有ス』トノ主義ガ此處ニモ亦適當スルコヲ證スルト同時ニ癌發生學輓推ノ一助トモナランコヲ希ヘルガ爲ナリ

得ル者トナセリ然レ𪜈 Kaufmann 氏ハ其百五十八例中唯一例ニ梅毒患者ヲ見シノミナリト云フ又 Hunter 氏 Ricord 氏等モ同樣ニ梅毒ニ重キヲ措カズ(以上諸項ニ關シテハ予各例ニ對スル病歷ヲ得ザリシヲ以テ遺憾ナガラ卑見ヲ陳ブル能ハズ乍然是等ハ素ヨリ予ガ報告ノ主眼ニ非ラズ)

(六)癌腫ニ好發部位アルハ是レ其局處ガ癌腫發生上一定素因ヲ有スルニ職由スルコト勿論ナルベシトハ近年山極敎授ガ其著胃癌發生論ニ於テ特ニ揚言セラレタル所ニシテウィルヒョウ刺戟說ノ根據タリ即チ龜頭後部包皮內板冠狀溝部モ亦解剖的固有ノ局處ニ屬シ春機發動期後ハ生理的ニ重複性器械的刺戟(手淫交接—摩擦)ヲ被ル所トシテ癌腫發生ノ素因ヲナス就中先天性包莖ガ癌腫發生ト主要ナル關係ヲ有スルコトハ古來人ノ稱フル所ニシテ包莖存スルヤ分泌物ノ蓄積ヲ招キ又夫レガ清淨ヲ妨ゲ爲メニ其分解產物ニヨリテ炎性ノ刺戟ヲ與ヘ以テ「ヘルペス」龜頭包皮炎ヲ誘起ス是等病機ガ反復襲來スルヤ遂ニハ龜頭包皮ノ癒着ニ至ラシメ其間生理的組織ノ秩序ヲ亂ス是レノミニテモ已ニ癌腫發生ノ素因ヲ將來スルニ足ル加之此炎性狀態ニ在リ且常ニ包皮ニ被ハレ摩擦ニ對シ傷キ易キ包皮內面及龜頭後部又冠狀溝ハ生理的反復性摩擦ニヨリテ缺損ヲ生シ易キヲ以テス當該部ニ

ナリトセリ故ニ平均5.05%ナリ

次ニ諸原因的關係事項中

(一)年齡ヨリ云フ時ハ五十歲ヨリ六十歲迄ニ最モ多シト雖モ比較的若年者ニモ來リ二十歲—三十歲ニモ認メラレタル報告數多アリ Ralph 氏ハ二十二歲ノ青年ニ見シト云フ平均年齡ヲ以テ Fischer 氏ハ五五、三歲 Manteufel 氏ハ五二、六歲 Tägtmeyer ハ五八、九歲トナセリ

(二)遺傳ニ關シテ認ムベキモノ少ナシ、唯龜頭部先天性疣贅ヨリ癌腫ノ發生セル報告アルノミ

(三)陰莖癌ハ下流社會ニ多シトハ Küttner 其他諸氏ノ稱フル所ニシテ之レ清潔ヲ怠リ局處ニ炎症ヲ誘起スルヿ多キニヨル者ナリ

(四)又外傷ガ誘因ヲナスヿモ人ノ稱フル所ニシテ Kaufmann 氏ハ文獻ヨリ五例ヲ求メタリ或ハ打撲或ハ挫傷或ハ裂創ニシテ Wossidlo 氏ハ寧ロ之レニヨリテ生ズル瘢痕形成乃至龜頭包皮ノ癒着ニ歸スベシトナセリ

(五)Demarquay 氏ハ其六十二例中十例ニ梅毒ノ既往症アリシヲ以テ主要ナル原因的關係ヲ有ストナシ其局所ニ於テ長ク存在スル潰瘍性病機ガ癌腫ノ發生ヲ誘起シ

Tägtmeyer　ハ　29.2%

トセリ即ハチ包莖ハ實ニ陰莖癌ノ平均49.5%ヲ占ムルヲ知ル

更ニ尙發生局所自個ヲ顧ミルニWossidlo氏ハ龜頭、包皮內外板ノ上皮ナルヿ最モ多ク極メテ稀ニハ尿道上皮ヨリ發生スルヿアリトナスTägtmeyer氏ノ二十二例中包皮ニ占位セル者七、龜頭部四、龜頭包皮兩者ニ及ベル者五、陰莖ノ大部分ヲ占ムル者四、陰莖全部缺損ニ陷リシ者二例ナリト云フ又Waldeyer氏ハ冠狀溝部ニ於ケル皮脂腺上皮ノ非定型的增殖ニヨリテ陰莖癌ノ發生セル數例ヲ報告セリ

上記發生局所ノ觀察ハ予ガ材料ニ於テ充分ニ施コスヲ得タル所ナリ以下先ヅ各例ニ就キ肉眼的及組織的所見ヲ略叙スベシ

○觀察例

（第一例）角田某　五十四年（明治三十五年十二月三日手術）

○肉眼的　陰莖先端ヨリ大約五仙迷ノ部ニテ切斷セラレタリ陰莖先端ハ背部ニ渡リ其直徑約三仙迷ヲ算スル半球狀ノ腫瘍塊ト化シ正ニ冠狀溝ニ相當スル部分ニ於テ着色セル皮膚ヲ被ムレル體部ハ短カキ莖ヲ有スル腫瘍ノ根部ニ嵌入セリ腫瘍ノ表面ハ淺深廣狹不同ノ裂隙樣ノ溝ニヨリテ幾多ノ分野ニ區劃セラレ粗

好ンデ癌腫ノ發生スル所以ナキニ非ラズ Goirands 氏ノ如キハ陰莖癌ハ包莖ニノミ來ルト主張スルニ至レリ而メ Butjagin 氏ハ包莖ヲ有シ清潔ヲ怠ル多數ノ人ガ尚癌腫ヲ免ルヽハ他ニ特殊唯一ノ原因アリテ淋疾球菌ガ殊ニ包莖ニ尖圭性胼胝腫ヲ催起スルガ如クナラザル可カラズト稱ス

今左ニ包莖ト癌腫トノ關係ヲ統計ニ見ルニ

陰莖癌ニ就テ

Demarquay	〃	67.7%
Krönlein	〃	73.3%
Ricord	〃	20.4%
Schmidt	〃	50.0%
Küttner	〃	50.8%
Brünnig	〃	60.0%
Bruckham	〃	57.1%
Martin	〃	85.4%
Kaufmann	〃	17.7%
Mantcufel	〃	33.3%

部分ノ者ノ外ハ反復分枝シ血管ハ其ノ新生セル者ト共ニ擴張シ其ノ周圍殊ニ最上層即ハチ上皮層直下ニ單核小圓形細胞ノ浸潤著明ナリ

彼ノ大ナル腫瘍根莖及其ノ分枝ノ比較的太キ者及殊ニ尙生理的ノ着色ヲ示セル陰莖皮下ノ纖粗結締織及兩海綿體中隔ノ緻密ナル結締織中ニ於テ一—二—三個ノ極メテ淡紫染セル胞狀圓形ノ核ヲ有シ細胞體ハ或ハ類圓或ハ橢圓等其ノ介在部結締織ノ粗密ニヨリテ形態ノ一致セズシテ其ノ中ニ「ヘマトキシリン」ニテ好染セル細顆粒ヲ有スル所謂肥胖細胞ヲ含有ス

之レ等ノ乳頭ヲ被覆スル上皮層ハ又從テ增殖肥厚セリト雖モ胚上皮層ハ獨リ特ニ厚カラズ漸次顆粒層透明層角質層相重サナリテ生理的排列ヲナセリ各層殊ニマルピギー氏層ノ細胞間淋巴腔ニ棍棒狀葉狀又ハ種々ノ形狀ヲ有スル游走細胞ノ介在スルアリ一般ニ可也厚キ角質層ヲ被ムリ又所々上皮細胞ガ層疊體ヲ形成シテ角質變生ヲ呈スルアリ之レガ無數ノ小圓形細胞ノ侵入ニヨリテ小片ニ破碎セラレタル部モアリ

腫瘍ノ着色セル包皮ニ接近セル個所ニ在リテハ乳頭ノ最上層小圓形細胞浸潤間ニ色素細胞ノ集團セルヲ見レモ此部胚上皮層內ニ進入セル者更ニ無シ

糙ニシテ微細ナル乳嘴狀ヲ呈シ其ノ觀甚ダ美ナリ而レ𪜈比較的清潔ニシテ汚穢物質ヲ附着セズ斯ク先端部ガ腫瘍ニ被ハレタルヲ以テ龜頭ハ窺フ可カラズ尿ノ排泄口ハ何レナルヤヲ全ク認ムルヲ得ズ

全標本ヲ通ジ大矢狀斷ヲ施コシテ檢スルニ背部ニ於テ包皮內板ヨリ起リテ放線狀造構ヲ示セル莖アリシガ漸次分枝シテ全ク樹枝狀ヲナシ以テ乳嘴ヲ形成シ相合シテ遂ニ一ツノ大ナル腫瘍塊ヲナシ表面ニ於テ飜轉セルナリ此ノ大ナル莖ヲ有スル主腫瘍ノ外尙包皮內板ニ其ノ連續トナリテ廣ク小ナル莖ヲ有スル又ハ有セザル乳嘴狀增殖アリテ共ニ一塊ヲナセリ又此切割ニヨリテ內部ニ顯ハレタル龜頭ハ又乳嘴性增殖ヲ呈スト雖モ包皮內板ニ於ケル者ノ旺盛ナル發育ノ爲メ壓迫ヲ蒙リ著シク萎縮セリ兩海綿體尿道全ク健全ナルガ如シ

○鏡檢的　前記矢狀斷面全部ヨリ一ツノ大ナル組織標本ヲ作リ之レヲ肉眼的ニ檢スルニ彼ノ乳嘴性像甚ダ美麗ニシテ細胞浸潤ヲ有スル延長增息セル乳頭及ビ直チニ之レニ接スル胚上皮層ハ濃紫染シ其ノ上ヲ被フ厚キ上皮層ハ紅染シ兩者混在複雜ス

之レヲ顯微鏡下ニ窺フニ眞皮乳頭ガ增殖延長シ龜頭面及包皮內板ニ於ケル小

面極メテ淺キ潰瘍狀或「エロジオン」狀ヲ呈シ其ノ底面粗糙邊緣微細ナル鋸齒ヲナシ此ノ間表面滑澤ナル健康部ト思ハル、者小島嶼狀ニ散在ス尿道外口ハ稍舊形ヲ保ツニ似タリ

包皮ハ包莖ナラズシテ冠狀溝後部ニ退却シ先端部稍肥厚セルガ如ク又色素ヲ失ナヒ殆ンド白色ヲ呈シ背部ニ於テ豌豆大ノ隆起物ヲ有シ表面微細尖長ナル乳嘴性增殖ヲ呈ス其ノ他ニ潰瘍無ク一般ニ平坦ナリ

今龜頭面ニ施コセル諸他ノ切割面ニ就テ見ルニ上皮層ハ著シク肥厚增殖シ上皮剝離シテ表面ニ淺キ潰瘍ヲ形成ス下部組織ニ浸潤セルノ狀無シ下面ニ於ケル及潰瘍間ニ散在スル表面平滑ナル部分モ故ニ龜頭全面ニ於テ上皮ノ肥厚ヲ有スルナリ尿道及兩海綿體ニ異狀ヲ認メズ

○鏡檢的　包皮前端背側ノ乳嘴性增殖部及龜頭ノ淺キ潰瘍面ニ渡リテ作レル組織的標本ニ就テ見ルニ前者ニアリテハ乳頭ノ延長增殖ニヨリテ之レヲ形成スト雖モ之レヲ被覆スル上皮細胞層ニ何等形態的變化無ク又勿論未ダ結締織トノ境界ヲ亂スニ至ラズ龜頭部ニ就テ見ルニ上皮層ハ增厚シ乳頭間細胞索ハ肥大シテ乳頭ヲ壓迫シテ極メテ幽微ノ者トナシ上皮細胞ハ皆大核ハ「ヘマトキシリン」ヲ

増殖セル眞皮乳頭ト上皮層トノ關係ハ一般ニ尚整然タル者アリト雖モ已ニ數ケ所ニ於テ一ツノ乳頭内ニ大小ノ上皮細胞島存在シ單ニ切片ノ方向ニヨリテ生ゼル像トノミ考ヘ得可カラザル者アリ

○摘要　之レヲ總括スルニ本例ハ包莖ナリシ包皮内板及龜頭ニ擴延性ニ發生セル乳嘴腫ニシテ著シキ大サニ到レリト雖モ尚上皮細胞性質ニ形態的變化無ク又結締織トノ關係比較的整然タル者アリテ良性ノ者ナルヲ示ス然レ𪜈數ケ所ニ一個ノ乳頭内ニ上皮ガ島嶼狀ヲナシテ浸潤性ニ發育スルノ狀アルハ今ヤ癌腫性異所的發育ヲ營ミ初メツヽアル者トス

本例ニ於ケル基質内肥胖細胞ノ存在及色素細胞ガ眞皮層ニ存スルニモ係ラズ胚上皮細胞層内ニハ更ニ進入セザルノ點ハ特ニ注意ヲ要ス(後段ニ詳說ス)

(第二例)江連某　三十一年(明治三十六年五月七日手術)

○肉眼的　陰莖先端ヨリ大約二仙迷ノ部ニテ切斷セラレタル標本ニシテ已ニ多數ノ切割ヲ加ヘ又組織片ヲ取リ著シク變形セルヤヽ固定セラレタルヲ以テ原形ヲ想像スルヿ甚ダ困難ナリ今切斷端ニ顯ハレタル兩海綿體ノ狀ニヨリテ大體ノ位置ヲ定メテ察スルニ龜頭部下面ノ一小部分繫帶ノ附近ヲ剩セル外殆ンド全

中ニ存シ周圍ニ小圓形細胞浸潤アリ胞巢ノ大ナル者ニ至リテハ細胞浸潤ノミナラズ幼若ナル肉芽組織ガ之レヲ輪狀ニ圍擁セルヲ見ル恰モ血液腔内ニ發育セル者ニ似タルモワイゲルト氏彈力纖維染色標本ニ就テ見ルニ周圍ニ幾分彈力纖維ノ輪狀排列ヲ示スガ如シト雖モ餘マリニ薄弱ニシテ竇口結締織中ニ混在スル彈力纖維ガ轉位腫瘍ノ發育ニ壓迫セラレテ爲メニ生セル像トスルヲ適當トス一二ノ標本ニアリテハ已ニ海綿體中隔内ニ斯クノ如クシテ發育進入セルヲ見ル而レモ血液腔内ニ進入セル者尙ホ殆ンド無キハ注目スベキ點ニシテ唯陰莖左側ヨリ得タル標本内一ケ處ニ於テ之レアルヲ認ムルノミ

即ハチ此標本ノ潰瘍性ナルハ大體ニ於テ前第一例標本ノ著シク乳嘴狀ナルト異ナル點ニシテ潰瘍底部ノ癌組織ハ頗ル厚層ヲナシ乳頭結締織トノ關係全然亂レ下部ヘノ浸潤モ强クシテ遙カニ複雜ナルヲ知ル而ノ冠狀溝ヲ超ヘ更ニ後方ニ此種ノ轉位ヲ起シ陰莖海綿體内ノ稍大ナル靜脈内ニ於テ殆ンド紡錘形ニシテ濃染セル核ヲ有スル細胞塊ノ栓塞セルアリ内膜細胞ハ增殖シテ輪狀ニ數層ニ相重サナリ且ツ其ノ中ニモ癌細胞ノ介在スルヲ見ル栓塞細胞塊ノ一端ニ於テハ已ニ硝子樣變性及角質變性ニ陷レル透明無構造ノ物質アリ標本ニヨリテハ尙其ノ中

以テ濃紫染シ多クハ紡錘形ヲナシマルピギー氏層細胞ニ類ス下層ニ於テハ結締織トノ關係ヲ亂シ深部ニ浸潤性ニ發育ス海綿體鞘膜トノ間眞皮層內ニ大小種々ノ皆殆ンド類圓形ノ轉位竈ヲ有ス上皮ノ大ナル細胞索及轉位竈ノ古キ者ニアリテハ其ノ間層疊體ヲ形成シテ已ニ角質變性セル者アリト雖モ其ノ數ハ一般ニ少ナク又形チモ小ナリ、廣キ潰瘍面及島嶼狀ニ殘レル表面平滑ナル部分ニ於テハ乳頭間細胞索ハ延長セリト雖モ前記ノ者ノ如クハ增大セズ細胞モ亦前者ニ比スレバ「プロトプラスマ」ハ尙「エオジン」ニヨリテ好ク紅染シ核モ淡ハク下界水平モ前者ニ比シテハ高ク深部ニ浸潤スルノ狀無ク稍周圍ト此等ノ點ニ於テ明カナル境界ヲ示ス

龜頭殊ニ陰莖體ノ眞皮、皮下纖粗結締織及海綿體中隔結締織ハ瀰蔓性ニ或ハ所々竈狀ニ小圓形細胞ノ浸潤ヲ示シ其ノ間多數ノ多クハ二個ノ核ヲ有スル「エオジン」好染細胞ヲ交ヘ又「エオジン」好染細胞ノミノ浸潤竈ト認ムベキ部モアリ

而メ潰瘍面ヲ超ヘ龜頭先端ニ近ヅクニ從ヒ上皮屑ハ唯增厚セルノミニシテ特段ナルヿ無シト雖モ之レト海綿體鞘膜トノ間ノ結締織及鞘膜自己內ニ於ケルガ如ク多クハ類圓形ノ大小ノ癌胞巢アリ殆ンド瘢痕樣硝子樣ノ觀ヲ有スル結締織

而メ龜頭面ノ潰瘍中所々ニ殘レル島嶼狀ノ比較的生理的組織ニ近ク之レニ隣接セル明カニ以テ癌腫組織ト認ムベキ部ト稍劃然タル境界ヲ有スル者及包皮前端背部ニ於ケル乳頭狀增殖部ヲ以テ如何ニ說明ス可キヤ勿論斯ク進行セル場合ニアリテハ其ノ眞髓ヲ知ルニ由無シ幾多ノ發生中心ヲ有スル癌組織ガ其ノ側方ニ向テスル發育ノ器械的作用又ハ癌組織ノ產出セル物質ノ化學的作用ガ刺戟トナリテ其間ニ存セル健康部ニ及ビ以テ特異性ナル乳嘴ノ延長增殖ニ至ラシメ且ツ上皮細胞ノ增殖肥厚ヲ招ケル者ナランカ或ハ又此部モ一ツノ獨立セル癌發生中心ニ屬スレモ發育他部ニ比シテ一步遲レ他部ガ全ク癌腫組織ト化セルニ係ラズ玆ニ在リテハ尙未ダ細胞ノ形態幾分生理的ニ近ク又深部ニ浸潤スルニ至ラサル者トナス可キカ

其他「エオジン」好染細胞ノ多數ニ存在スルハ本例ニ於テ注意ヲ要スルノ點ナリ

(第三例) 中島某　五十七年(明治三十七年六月十六日手術)

○肉眼的　高度ノ包莖ニシテ包皮ハ龜頭全體ヲ被ヒ前端ニ於テ尙ホ牽垂シテ皺襞ヲ呈セリ背側包皮外板ニ直徑大約〇.五仙迷ヲ算スル潰瘍面アリ邊緣稍隆起シテ堤狀ヲナシ幾多ノ乳嘴狀顆粒狀ヲナセル結節樣隆起物潰瘍底ヨリ突出シ其

ニ稍層疊體痕跡ノ窺ヒ知ルベキ者アリ以テ已ニ靜脈腔內ニ破レ入リテヨリ古キヲ知ル

彼ノ冠狀溝後部ニ於テ色素ヲ失ナヒ白色ヲ呈スル包皮ヲ顯微鏡下ニ見ルニ玆ニモ亦乳頭ハ延長シ眞皮及胚上皮層兩者ニ全ク色素細胞ヲ缺如ス後部ニ進ムニ從ヒ漸次上皮層下界生理的トナリ先ツ眞皮層ニ於テ少許ヅヽノ色素細胞ヲ示シ遂ニハ兩者ニ之レヲ認ムルニ至ル

○摘要　之レヲ總括スルニ本例ハ龜頭面ニ擴延性ニ發生セル癌腫ニシテ上皮層ニ肥厚ヲ來セリト雖モ決シテ表面ニ乳嘴腫樣ニ隆起セズ却テ直チニ破壞シテ表面ニ淺キ潰瘍ヲ形成スルト共ニ眞皮組織及海綿體中隔內組織隙ヲ傳ハリテ浸潤性轉位性ニ發育スルノ傾向ヲ有シ又靜脈內ニ進入シテ腫瘍栓塞ヲ作リ內膜ノ肥厚ヲ將來セリ之レ等實質細胞ハ其形貌基底部細胞ニ類似シ多數ノ定型的及違型的核分剖像ヲ示シ角質變性ニ陷ルノ性ニ乏シ斯クノ如キ性質ハ生理的ニ角質變性ヲ營マザル粘膜上皮ヨリ發生セル癌腫ニ通有ナレモ發育ノ徐々ナル者ニアリテハ又能ク癌珠ヲ形成シ角質變性ニ陷ル者ニシテ此レ等ノ點ヨリ考フル時ハ本例ハ極メテ發育迅速ニシテ惡性ノ者ナルヲ知ル

皮膚直下マテ發育シ來リテ下方ヨリ膨隆セシメタル者ナルヲ知ル

○鏡檢的　組織標本ハ兩個ノ表面膨隆部ニ垂直ニ下セル切割面ヨリ得タリ其ノ一ツハ深部ノ主腫瘍ヲ含有ス

包皮外板ハ一般ニ上皮層ニ異常無ク眞皮層及ビ胚上皮層ニ色素ヲ有シ眞皮乳頭皮下纖粗結締織內ニテハ血管ノ擴張及小圓形細胞ノ浸潤ヲ示ス包皮腺汗腺ニモ異常無ク唯其周圍ニ細胞浸潤ノ特ニ强キヲ見ルノミ隆起部ニ近ヨルニ從ヒ乳頭ハ肥大延長シ高度ノ細胞浸潤並ニ血管擴張ヲ有スル外上皮層內色素顆粒ヲ失ヘリ右側膨隆部ノ表面潰瘍面ヲ形成セル處ニアリテハ底ニ幼若ナル多數ノ血管ヲ含有ス肉芽組織露出シ緣ニ於テハ上皮層內數多ノ游走細胞ノ進入ニヨリテ上皮層ノ漸次剝離スルノ像アリ全ク內方ヨリ突出シ來レル腫瘍ノ壓迫ニヨル變化ニ外ナラズシテ其性彼ノ大ナル潰瘍面ト同一唯尙ホ其ノ度ノ弱キ者ト認ムベキナリ又當該部ニ適スル穿孔緣ニ在リテハ健態或ハ多少萎縮セル基底上皮細胞ノ屋瓦狀ニ層疊セル上皮層ガ一定距離ニ於テ內板ニ沿フテ侵入シ來レル癌細胞列ト衝突スルノ狀明カニ見ルベシ

深部ノ主腫瘍ヲ見ルニ上皮層ト結締織基質トガ互ニ入リ亂レ極メテ複雜セル

ノ頂點ハ邊緣堤狀隆起ノ高サヲ稍超ヘタリ個々ノ顆粒間ニハ糜粥狀汚穢物質ヲ附着ス其他此潰瘍ノ左右兩側ニ各一個ノ小隆起物アリテ周圍ニ瀰蔓性ニ移行ス右側ノ者ハ頂點ニ於テ小ナル「エロジオン」ヲ有ス三者共其部ノ皮膚ニ色素ヲ失ナヒ白色ヲ呈セリ

今表面部ノ最モ大ナル潰瘍面ヲ掛ケテ大矢狀斷ヲ施コシテ檢スルニ包皮ハ一般ニ肥厚シ背側ヨリモ少シク右方ニ偏シ包皮內板ヨリ大ナル腫瘍塊ノ發生セルヲ見ル中心部ハ組織已ニ壞死ニ陷リタル爲メ無構造一樣ニ白色ヲ呈スレ𪜈周圍ニ在リテハ尙ホ固有ノ造構ヲ示シ白色脆弱乳嘴狀增殖アリテ內方ニ發育シテハ龜頭ヲ壓迫萎縮ニ陷ラシメ外方ニ進ンデハ遂ニ包皮ヲ穿破シテ彼ノ大ナル潰瘍面內ニ突出シテ尙ホ乳嘴性像ヲ現ハセリ

此主腫瘍ノ連續トナリテ冠狀溝部尙瀰リテ龜頭背側ニ及ビタリ然レ𪜈此等ノ部ニ在リテハ包皮內板ノ大腫瘍ノ壓迫ノ爲メ乳嘴ハ壓迫セラレテ偏平ノ者トナレリ包皮穿孔部近邊ニ在リテハ多數ノ小出血竈ヲ示ス尿道海綿體ハ龜頭部ニ於テ著シク萎縮セリト雖モ陰莖海綿體ト共ニ腫瘍浸潤ヲ蒙レルノ狀無シ表面ニ於ケル二個ノ小隆起部ニ各々切割ヲ施コシ見ルニ何レモ下方ヨリ乳嘴性腫樣ガ上

ノ爲メ已ニ包皮外板ガマルピギー層ニ色素ヲ失フ等ハ注意ヲ要ス、

（第四例）中村某　年齢不詳

○肉眼的　包皮及龜頭ニ著シキ組織缺損ヲ生ジ大ニ原形ヲ損セリト雖モ左側ニ尚ホ缺損少ナキ部アリテモト高度ノ包莖ニシテ全ク龜頭ヲ被包セル者ナルヲ知ルヲ得可ク缺損ハ包皮前端及ビ右側ニ最モ著シク龜頭ハ殆ンド冠狀溝部マデ露出セラレタリ包皮ハ一般ニ增厚セルモ內板ハ全ク潰瘍狀ヲナシ强ク着色セル外板ハ幾分前緣ニ於テ飜轉シ之レヲ被蓋スルノ傾向ヲ現ハス唯背側ニ於テ稍廣ク下側ニ於テ稍狹ク包皮前緣外方ニ飜轉シテ潰瘍面ヲ外方ニ向ハシム下及右側ニテハ物質缺損皮下結締織及海綿體外層ヲ傳ハリテ遙カニ冠狀溝後部ニ進ミ以テ深キ溝渠ヲ呈スト雖モ左側ニ於テハ此溝渠淺ク到ル處汚穢糜粥樣物質ヲ盈タセリ包皮外板ガ潰瘍面ニ近クヤ急激ニ色素ヲ失ナヒ白色トナルコト甚ダ奇觀ナリ

龜頭ハ冠狀溝部全周ニ渡リテ潰瘍狀ヲ呈シテ破壞セラレ殊ニ右側ニ缺損强キ爲メ異樣ノ形貌ヲナス背側前端ニ表面滑澤尚ホ健康ナル包皮ヲ被ルト思ハシキ部ヲ殘セリ

乳嘴腫ニシテ上皮層ハ特ニ增厚シタレモ尙圓柱狀細胞層棘細胞層顆粒層等其ノ排列生理的ニ近ク殊ニ棘細胞間ニハ多數ノ游走細胞ノ侵入セルアリ又層疊體ヲ形成シ或ハ硝子樣變性ノ域ニ在ル者或ハ已ニ全ク角質變性ニ陷レル者アリ結締織基質トノ關係ハ乳嘴迂曲セル爲メ複雜ナル像アレモ未ダ更ニ浸潤性ニ發育スルノ傾向ヲ見ズ腫瘍ノ擴大性發育ニ對スル周圍ノ結締織ニハ圓形細胞常ニ多數ニ浸潤シ又其間一見多核性巨態細胞ノ如キ觀ヲ呈スル新生細血管ノ橫斷面甚ダ多シ

○摘要　之レヲ要スルニ本例ハ包皮內板及龜頭面ニ渡リテ發生セル乳嘴腫ニシテ包皮內板ニ於テ最モ旺盛ナル發育ヲ營ミ全ク擴大性ニシテ遂ニ包皮ヲ穿孔シテ外面ニ達シ或ハ表面ニ膨隆部ヲ作レリ是レ腫瘍ガ包皮內板ニ於テ已ニ旺盛ナル發育ヲ營ム時ハ其器械的壓迫作用ニヨリテ龜頭面ニ於ケル自由ナル乳嘴性增殖ヲ妨害セル者ト認定シ得可ケレモ亦或ハ包皮內板ガ勃起手淫交接等ノ際飜轉ノ爲メ最モ抗抵力弱キ局所ニシテ且最モ强キ摩擦ヲ受クベキ位置ニ變ズルニ鑑ミ容易ニ乳嘴性增殖ヲ營ムノ素因ヲ有スル者ナルベキハ乳嘴腫ガ已ニ外板ニ向テ發育シ包皮ヲ穿破シツヽアルニテモ知ラルベシ又此壓迫ニヨル營養障害

キ者多ク間質結締織モ稍強大ナリト雖モ龜頭右側及包皮内板各所ニ於テハ間質極メテ幽微僅カニ細纖維狀ヲナシテ走行スルニ反シ上皮細胞ノ增殖最モ盛ニシテ而カモ細胞ハ小核ハ「ヘマトキシリン」ヲ以テ濃染シ層疊體ヲ形成スルヿ少ナク又小ナル層疊體ヲ形成スルモ未ダ角質變性ニ陷レル者ヲ此部ニ見出ダスヿ困難ナリ又下側ニ於テ著シク增厚セル包皮ノ内板潰瘍部ニ就テ見ルニ腫瘍ハ外板眞皮層直下マデ浸潤性ニ發育シ間質亦極メテ幽微ナルニ反シ癌細胞ノ增殖著シク無數ノ小ナル癌珠ヲ形成ス茲ニハ小癌胞巢即ハチ癌珠ノ狀ニシテ此部ニテハ已ニ角質變性ニ陷レル者ヲモ認ムルヿヲ得

癌細胞ハ殊ニ胞巢密ニシテ間質微弱ナル部ニ於テ諸他ノ變性像即ハチ胞狀變性「カリオレキシス」「カリオリーヂス」等ト共ニ又一方ニハ多數ノ分剖像ヲ示ス大ナル胞巢ニ在リテハ周圍ヨリ游走細胞侵入シ來リ癌珠内ニ入リテ之レヲ破碎シ化角物質ト相混ジテ存スルモアリ

本例ニ於テ特ニ吾人ノ注目ヲ惹クハ「ヘマトキシリン」ヲ以テ紫—黑紫染セル石灰鹽類ノ癌胞巢内ニ於ケル沈着ニシテ多ク癌珠殊ニ其ノ角質變性ニ陷レル者ノ中ニ見ルベク大體ニ於テ癌珠ノ葱球狀層積ニ準ゼル形態ヲ以テ新鮮ナル者又陳

尿道ヲ通ジ正中線ニ於テ矢狀斷ヲ施コシ檢スルニ關係一層明カニシテ包皮ハ下側ニ於テ最モ增厚シ約〇、七仙迷ニ到ス下側ニ於テ尿道海綿體ノ下半部及陰莖體皮下ノ結締織部ニ腫瘍浸潤アリ前者ハ其海綿狀ノ造構ヲ失ナヒ大部分後者ト共ニ缺損ニ陷レルヲ以テ包皮囊ノ連續トナリテ冠狀溝部ヲ超ヘ更ニ後方ニ深キ溝ヲ形成セリ而レモ尿道ハ完全ニ其ノ管系統ヲ示シ滑澤ナル粘膜ヲ以テ被ハル更ニ進ンデ先端通常ノ尿道外口ヨリ後方約〇、五仙迷ノ部ニ至レバ龜頭ニ於テ上方ニ飜轉セル尿道海綿體ノ下半部全ク腫瘍ノ浸潤スル所トナリ以テ尿道ニモ破壞起リ僅カニ其ノ痕跡ヲ示スノミ背側ニ於テハ冠狀溝後部ノ肥厚ト龜頭ノ組織缺損トニヨリ全ク平滑トナリ溝ヲ失ヘリ左側ノ陰莖海綿體ハ全ク健康ニシテ尙ホ美麗ナル海綿狀造構ヲ保テリ

○鏡檢的　此大矢狀斷面ヨリ全部ニ渡レル極メテ大ナル組織標本ヲ作製シテ檢スルニ包皮內板龜頭部表面殆ンド全ク腫瘍組織ニ變ゼリ

所見部位ニアリテ甚ダ不同アレモ一般ニ癌細胞ノ增殖間質組織ニ對シ著シク旺盛ニシテ忽チニ營養ヲ失ナヒ變性壞死破壞ニ陷ルノ傾向ヲ有ス龜頭背側ニ於テハ癌胞巢大ニシテ周邊ニ圓柱狀細胞層次デ棘細胞層角質層等各層ヲ區別スベ

ヲ形成シ又海綿體中ニ於テハ其中隔ヲ浸潤シ血液腔内ニ破レテ蔓延シ冠狀溝部ヲ超ヘテ遙カ後方ニ進ム等最モ惡性ナル者ニ屬ス龜頭面内ニ殘レル島嶼狀ノ生理的組織ニ近カキ領域ガ一端ニ於テ癌組織ト直接スルノ像ハ深ク進入セル增生的上皮細胞索ノ癌ニ侵襲セラレツヽアルヲ示セリ本例組織的所見中注目スベキハ癌胞巢内石灰鹽類ノ沈着ナリ

(第五例) 桑田某　年齡不詳

○肉眼的　中等度ノ包莖ニシテ外尿道口下部繫帶附近及龜頭右側面淺キ「エロジオン」ヲ呈ス左側ニ於テハ包皮ハ冠狀溝近部マデ退却シ龜頭面ニ前後ニ長キ楕圓形邊緣鋸齒狀ヲ呈シ底面粗糙ノ淺キ潰瘍面アリ其後端ニハ微細尖長ナル絨毛狀乳嘴性增殖アリテ包皮前端マデ及ビタリ今此潰瘍ヲ掛ケ左方ヨリ施コセル水平斷面ニ就テ見ルニ潰瘍底部ニテハ上皮層著シク增厚シテ後部包皮移行部近圍ニ在リテハ乳嘴狀分枝ノ像著明ナリ深部ニ腫瘍浸潤スルノ狀窺フベカラズ兩海綿體尿道等些ノ異常ヲ示サズ

○鏡檢的　顯微鏡標本ハ前記大水平斷面ノ左側大半及背側ニ於テ潰瘍面長軸ニ斜メニ加ヘタル切斷面ヨリ之レヲ得タリ先ヅ肉眼ヲ以テ見ルニ左側面潰瘍ノ

舊ナル者モ其ノ周邊部ニテハ細顆粒狀トナリテ存セリ

包皮部血管主トシテ靜脈壁ヲ浸潤破壞シテ腔內ニ增殖シ栓塞ヲ形成シ近圍ニ出血ヲ起セル部又殊ニ尿道海綿體ノ龜頭部ニ於テ其ノ血管腔內ニ穿入增殖シ「オルガンミ、クリー」ノ稍美ナル者ヲ認ム比較的强大ナル間質ハ到ル處小圓形細胞ノ滲潤ヲ呈シ血管ハ新生セル薄壁者ト共ニ著シク擴張セリ

左側龜頭面兩側甚シク癌性浸潤ヲ呈スル間ニ上皮層稍增厚シ上皮細胞索ハ皮下ニ向テ延長シ其細胞索間巾廣キ乳頭內多數ノ圓形細胞浸潤ヲ示シ內ニ內被細胞性巨態細胞ノ多數ヲ存シ(當該肉芽樣ニ增殖セル間質血管內被細胞ノ增生融合ニ由來ス)尙ホ色素細胞ガ上皮下層並ニ眞皮層ニ保タレタル小領域アリ

其一端ニ於ケル上皮細胞索ハ隣者ニ比シ急激ニ下界水平下ニ降リタル者ノ腫瘍浸潤側一半ハ癌細胞ノ蠶食ヲ被ムリ反對健康側ニハ多數ノ上皮細胞珠ヲ存シ諸細胞層ノ排列尙整然タル者アリ

○摘要　今所見ヲ總括スルニ本例ハ龜頭及包皮內板ニ渡リテ發生セル癌腫ニシテ上皮ノ增殖極メテ旺盛間質組織之レニ伴ハズ以テ營養ヲ失ナヒ變性ニ陷リ易ク又實質ノ固定ヲ缺クガ故ニ容易ニ組織ノ破壞ヲ起シ以テ到ル所表面ニ潰瘍

ルアリ此索ヲ形成スル細胞ハ幼若ニシテ基底部細胞ニ類セリ漸次龜頭尖端ニ進ム時ハ表層殆ンド健全ナルモ下層ノ緻密ニシテ核ニ乏シキ殆ンド瘢痕樣硝子樣結締織間ノ小圓形細胞浸潤部ニ幼若ニシテ諸他ノ形態ヲ取レル癌細胞ガ索狀ヲナシテ發育シ稍古クシテ胞巢增大スル時ハ僅カ其ノ周邊部ニ圓柱狀細胞ノ二三層ヲ有シ直チニ中央ノ大ナル硝子樣赤色透明部ニ移行ス海綿體尿道等ニ何等異常無キガ如シ

○摘要　故ニ本例ハ中等度ノ包莖ヲ有スル陰莖ノ龜頭左側面ニ潰瘍狀ニ之レニ接スル包皮先端ニ乳嘴狀ニ發生セル癌腫ニシテ大部分尙結締織トノ關係ヲ亂サズト雖モ一小部分ニ於テ已ニ深部ニ浸潤性ニ發育セリ本例ニ於テ包皮部ニテハ乳頭狀增殖ヲナシ龜頭面ニテハ潰瘍ニ陷ルノ性質及ビ包皮ノ色素細胞ガ腫瘍ニ近接スルヤ急激ニ色素ヲ失フノ點ハ注目ヲ要ス（以下第三年第一冊ニ續出）

後端ニ在リテハ乳頭延長シ之レヲ被フ上皮下層ト共ニ濃紫染シ上皮上層ハ紅染シ此兩者樹枝狀ヲナシテ錯綜シ甚ダ美觀ヲ呈ス肉眼ヲ以テスルモ此部ヨリ龜頭先端ニ進ムニ從ヒ益兩者ノ關係複雜ニシテ違型的增殖ヲ營ミツヽアルヲ察スルヲ得

之レヲ鏡下ニ窺フニ腫瘍部ニ於テ乳頭ハ著シク延長シ小圓形細胞浸潤血管擴張ヲ示シ乳頭細胞索ハ乳頭ニ比シ强大ナルノミニシテ尙兩者ノ關係大體ニ於テ整然タル者アリテ未ダ浸潤性發育ノ像無シ即ハチマルピギー氏細胞層特ニ厚カラズ細胞間橋モ明カニ認メ得可ク次デ顆粒層透明層等生理的排列ニ準ズ細胞索中央部ニ於テ所々層疊體ヲ形成シ夫ガ硝子樣變性ノ域ニ在ル者又已ニ角質變性ニ陷レルモアリ上皮細胞ハ殊ニ顆粒層以上ニ於テ胞狀變性ヲ示ス細胞間又ハ體內ニ遊走細胞ノ進入セルアリ或ハ層疊體ニ入リテハ密集シテ之レヲ小ナル破片トナシ又一部ヲ液化セシメタルガ如キ像ヲモ認ム

潰瘍底部ニ於テハ乳頭ハ所々表面ニ曝露シ血管ハ茲ニ多クハ栓塞樣ニ閉ガレタリト雖モ尙表面ニ赤血球ヲ多數ニ混ゼル上皮粥附着ス而メ一部小領域ニ於テ下界紛亂シテ細胞索多數ノ小血管ト圓形細胞浸潤トヲ示セル結締織中ニ進入セ

ルニ於テハ其ニ瓠ヲ同フスト雖モ唯兩者ノ間ニ刺戟ノ數量的關係ノ差異有ルニ過ギズト唱ヘ稍々腫瘍ノ立脚地ヲ明カニスルヲ得タルナリ而シテ諸物質缺損後補綴的病機トシテノ再生及ビ諸炎性新生ト所謂腫瘍トノ間ニ甚ダ親密ナル關係有ルコトハ單ニ病理組織學上ノミナラズ臨床的ニ古來屢々經驗セラル、所ナリ即チ炎性刺戟ノ持久スルガ爲メニ生ズル新生物(乳嘴腫ノ如キ)又ハ皮膚粘膜缺損ノ周緣健態部ニ於ケル再生的新生ガ漸次惡性腫瘍ニ變性スルコトハ殆ンド吾人日常ノ實驗ニ屬ス換言スレバ炎性新生再生良性上皮細胞腫瘍癌腫トノ間ニ明カナル限界ヲ建ツルコト能ハズ漸次其間ニ移行ノ存在セルヲ知ラル實ニ「癌腫發生上生來癌細胞トナル可キ性質ヲ賦與セラレタル特殊細胞ノ存在スルアリテ此レガ一定ノ機會要約ノ下ニ癌腫トシテ生ズルモノニ非ズ又癌ハ直チニ迷芽細胞ヨリ發育スル者ニモ非ズ又特異ノ刺戟アルガ爲メニモ非ズ獨リ境遇ノ感化ハ能ク生理的ノ若シクハ先天性迷芽トシテノ上皮細胞ヨリシテ惡性ナル癌腫ヲ養成スルコトヲ得可シ癌ハ一朝一夕ニシテ發生スルモノニ非ズ」トハ山極博士ガ「胃癌發生論」發表以來主張セラル、癌腫發生論ノ大意ナリ茲ニ余ガ公ニセントスル原發性肝癌ニ就キテ見ルモ亦余ハ確ク同博士ノ所說ノ頗ル適中セルコトヲ信ズルナリ

○原發性肝癌ニ就テ (Ueber das primaere Lebercarcinom)—

—挿圖ハ次號ニ出ヅ—

東京醫科大學病理學教室ニ於テ
助手醫學士 貴家學而

○緒言

癌腫テフ惡性腫瘍ノ發生ニ關シテハ先ヅ大 Johannes Mueller 氏降ッテ Thiersch-Waldeyer 以來其ノ發生母地ヲ以テ當該患者自個ノ生理的上皮細胞(粘膜表皮腺細胞)ニ歸スルニ於テ一致セリ而シテ發生論上何ガ故ニ生理的上皮細胞ガ惡性ヲ帶ビテ癌腫トナルカニ就キテハ寄生說ハ偖措キ Virchow ノ刺戟說 Cohnheim 氏ノ先天性遺傳素因說又此レニ摸倣セル Ribbert ノ後天性轉位說又ハ Marchand, Borst ノ「生理的細胞中惡性トナル可キ天賦ヲ有スル者アリ」トイフ假說將タ Virchow 派ノ Hauser, von Hansemann 等ノ「常ニ上皮細胞ノ癌腫變性ヲ要ス」等アリテ甲論乙駁未ダ一定セズ

Virchow ハ所謂眞ノ腫瘍ト諸炎性新生物トヲ比較シテ同一ノ刺戟ニ由リ新生ス

ルガ爲メ他ノ癌ニ比シテ實際稀少ナルニ拘ハラズ觀察セラレタル例ハ人努メテ此ヲ公ニセルノ結果 Eggel ガ一六六一年ヨリ一九〇〇年ニ亘リ蒐集セル百六十三例ノ原發性肝癌ハ決シテ少數ナリト謂フ可カラズ吾ガ國ニ於テハ曩キニ三浦(守治博士(明治二十二年)ノ原發性肝癌ノ報告以來此レヲ公表セラレタル又ハ唯ダ統計的ニ掲ゲタルモノアレ𪜈未ダ以テ多シトナス可カラズ就中我教室ニ屬スルモノ(三浦博士ノ一例、山極博士ノ二例、長與學士ノ三例、草間學士ノ一例、今村(隼稻)氏ノ二例、茂木學士ノ一例)ヲ除キテハ桂田博士、田中(祐吉)氏、故澁川學士及ビ中村—土橋兩學士等ノ例アルノミナリ即チ他諸臟器ノ癌腫ニ比シテハ遙カニ寥々タルノ感アリ然ルニ幸ヒナル哉昨年中吾等ハ特ニ原發性肝癌ノ多數ノ類例ヲ實驗スルコヲ得其ノ數實ニ九例ニ及ビタルナリ加フルニ山極教授ハ教室標本陳列室所在ノ前記三浦山極兩教授其他先輩諸氏ノ報告例ヲ始メ自餘貯藏ノ標本トヲ併セテ三十例ノ原發性肝癌ヲモ共ニ研究ス可ク不肖余ニ命ゼラレタルヲ以テ斯ノ癌腫發生學研索上最モ好適ナル原發性肝癌ノ多數ニ於テ施セル肉眼的及ビ組織的調査成績ノ大要ヲ叙シ並ニ可能ノ場合ニ對シテハ病歷ヲモ參照シ終リニ肝癌ノ發生並ニ原因ニ關シ卑見ヲ縷述シ以テ大方ノ教ヲ乞ハント欲ス

元來肝臟ハ其解剖的乃至官能的立脚地ヨリシテ諸種ノ萎縮變性壞死(限局性又ハ汎發性ノ)ヲ蒙ムルコト著シク殊ニ肝臟ニ於テ最モ顯著ニ最モ頻多ニ見ル所ノ肝間質炎ニ因リ實質細胞ノ頽癈廣ク行ハルヽ等物質ノ缺損ヲ蒙ムルニ當リテ健存肝細胞ハ能ク補綴的再生肥大增生ヲ營ムコト燃ンニシテ他ノ皮膚又ハ諸粘膜上皮細胞等ト毫モ撰ブ所無シ如之斯クシテ增生再生セル肝實質ハ時トシテ半バ再生半バ腫瘍樣ノ結節狀增生ヲ示シ此レガ一定ノ條件要約ノ下ニハ腺腫トナリ尙進ンデハ惡性トナリテ癌腫トシテ發育セルニ非ズヤト認ム可キノ類例ハ決シテ稀レナラズ既デニ Thoma—Lubarsch (1894)ノ唱フルガ如ク「單ニ形態上ヨリ見レバ肝細胞ノ再生增生ト腺腫トノ間ニ何等ノ區別ヲ存セズ」此ノ事ハ山極博士モ「肝ノ結節狀增生及腺腫ニ就テ」テフ論文ニ於テ注意セラレタリ要之萎縮變性壞死ニ對スル肝實質組織ノ再生新生ト眞ノ腫瘍(肝ノ腺腫、癌腫)トノ間ニハ漸次移行アリ又他方膽管上皮細胞ニ於テモ同樣ノ關係有リテ膽石篦形肝蛭等ノ直接的刺戟ハ能ク膽管粘液腺ノ炎性新生ヲ促ガシ又ハ此レヨリ腺腫樣腫瘍ヲ惹起シ遂ニ癌腫ヲ發生セルモノト思ハル、類例ニ乏シカラズ

斯ノ如ク肝臟ノ腺腫乃至癌腫ハ其ノ發生學上乃至ハ其ノ組織造構上甚ダ趣味ア

(1880), Merklen (1883), Derignac (1884) Paul (1885), Hanot Gilbert (1888) Naelke, Frohmann, Siegenbeek van Heukelom (1894), Delkeskampf (1896), Schmidt (1897), Engelhardt (1898) 等ナリ而シテ彼等ノ說ク所ニ據レバ「先ヅ肝細胞及其索條ハ肥大シ分割ニ由リ生ジタル細胞ハ漸次腫瘍實トナリ成形質明性トナリ生理的索條狀造構ヲ失ヒ增殖セル間質結締織ニ由リテ個々ノ胞巢ニ分離セラル」ト云フニ在リテ大體ニ於テ是認ス可キ者ナルニ反シ Wagner (1861), Schueppel (1868), Fetzler (1869), Wulff (1878) 等ノ其ノ當時ノ幼稚ナル考按ハ「肥大セル肝細胞ハ相互ニ癒合シテ核ヲ遊離シテ無造構明性無色質トナリ遊離セル核ノ周圍ニ更ラニ成形質ヲ生ジテ以テ腫瘍細胞ヲ生ズ」又タ Harris (1885) ノ「肝細胞ハ一種ノ變性ヲ蒙ムルノ結果色素性ト非色素成分トニ分劃セラレ就中非色素性分ヨリシテ腫瘍細胞ヲ發生ス」ノ如キハ唯々歷史的興味ヲ有スルニ止マレ𪜈諸學者ノ研究檢索ニ據リ或ハ胆管上皮細胞ヨリ又ハ肝實質細胞ヨリ癌腫ノ發生シ得ル事ハ明カトナレリ而ルニ茲ニ(III)一派ノ論者 Thorel (1895) 長與學士(一九〇六年等ハ同一腫瘍內ニ於テ兩組織細胞ノ共ニ俱ニ腫瘍發生ニ參與スルコアルヲ唱導セリ

要之原發性肝癌ハ啻ニ肝實質細胞(分泌部)ノミナラズ胆管上皮細胞(輸出道)ヨリ

第一　總論

肝臟ニ來ル上皮性腫瘍中特ニ迷芽性副腎腫及ビ門脈系ヲ介シテ爾他諸臟器ヨリ轉移性ニ來レルモノヲ除キ肝臟ニ原發セル良性(腺腫)又ハ惡性腫瘍(癌腫)ハ他諸臟器ノ其レニ比シテハ甚ダ稀少ナリ而シテ其ノ發生學及形態學上ニ於テハ泰西諸大家ノ說未ダ一定スルニ至ラズ肝癌ノ記載ハ Wagner (1861), Weber (1864) ニ始マル氏等ハ肝癌ノ一部ハ少ナクトモ結締織ヨリ發生スルモノトナセリ次ギテ Riesenfeld (1868) 出デ肝癌ハ常ニ胆囊及ビ大胆管ニ歸緣スト云フニ對シ (I) Naunyn (1866) 一派ニ屬スル Waldeyer (1872), Weigert (1876) 等ハ肝小葉間細胆管ヲ以テ原發性肝癌ノ發生母地トナセリ併シ乍ラ Waldeyer 自己ハ理論上ヨリメ肝實質細胞ヨリモ癌腫ノ發生ノ頗ル可能タル事ニ異論ヲ挾マズ唯々未ダ實驗セシコト無シト唱ヘタリ引キ續キ Bourvert (1884) Dallemagne (1894) Bary-Riedl (1896) 等ハ何レモ Naunyn ノ說ヲ固持シテ同時ニ所謂腫瘍組織ト生理的胆管トノ間ヲ移行像ヲモ證明セルナリ此ノ Naunyn 一派ニ對シ (II) 腫瘍ノ發生母地トシテ肝實質細胞ヲ認メタルハ Eberth (1868), Perls (1872), Rindfleisch (1875) Letulle (1878)' Cieshers (1879) Dreschfeld

癌ノ全數ノ約二三%ニ該當セリ此レヲ全解剖數ニ比スレバ原發性肝癌ハ實ニ僅カニ〇、五「プロミリ」以下ノ割合トナルト云フ而シテ Eggel ハ百十六ノ類例中

實質性肝癌　九九
膽管上皮性癌　一七

ヲ算シタリ即チ後者ハ前者ニ比シテ遙カニ少數ナルコヲ知ルナリ又E氏ハ原發性肝癌ヲ肉眼的ニ三型ニ分類セリ(後掲)即チ百六十一例中

結節性ノ者最モ多ク、一〇四(＝六四、六%)
混塊狀(Massiv)ノ者此ニ次ギ三七(＝二三、〇%)
瀰蔓性ノ者最モ少ナク、二〇(＝一二、四%)

トナレリ就中瀰蔓性ノ者ハ膽管上皮性癌ニ於テハ全ク類例ヲ認メザリシトイフ

○腫瘍ノ占位

殆ンド常ニ肝ノ右葉ニ占座スE氏ノ蒐集例中唯四例ノミガ左葉ニ發生セリトイフ但シ上記瀰蔓性肝癌ハ勿論兩葉ニ廣汎性ニ來ルコ明カナリ

○肝臟ノ容積

モ發生スルコニ於テハ一般ニ疑フ者無シ(Klebs, Orth, Hanot, Gilbert, Ziegler, Schmaus, Birsch—Hirschfeld, Kaufmann 等ノ成書)獨リ同一腫瘍内ニ於テ兩者ノ共ニ腫瘍發生ニ參與スルコニ關シテハ未ダ確實ナラザルガ如シ

次ニ余ハ病理解剖上形態學上ヨリ此ノ兩種腫瘍ニ於ケル異同ノ點ヲ列記シテ本論文ノ辟頭兩者ノ別ヲ明カニスルノ要アル可シト信ジ此レガ記載ヲナスニ先チ肝癌ニ關スル諸學者ノ統計的結果ヲ抄錄スルコトセリ(Eggel 論文參照)

○原發性肝癌ノ瀕度

肝臟ニ於テハ其ノ血行ノ關係ニ據リ續發性(轉移性)癌ハ頗ル多キモ原發性肝癌ニ至リテハ未ダ多シト謂フ可カラズ殊ニ昔時ハ大ナル輸胆管乃至ハ胆嚢ニ原發セル癌腫ヲモ併セテ原發肝癌ニ隷屬セシメタルヲ以テ所謂原發性肝癌其物ノ解剖的意義ノ明カニ限界セラレタル今日トハ其ノ來ル瀕度ニ於テ相違アルヲ免レズ且ツ此瀕度數統計ニ關シ尙ホ注意ヲ要スルハ原發性實質性肝癌ト同腺腫トノ區別殆ンド不可能ナルニ際シ肝癌統計中往々腺腫ノ除外セラルヽ塲合少ナカラザル可キ一事ナリトス Riesenfeld (1868), Hansemann (1893) ガ伯林病理學教室ニ於ケル統計ニ據ルモ全解剖數中肝癌ハ約二、六五%ニ當リ就中原發性肝癌ハ續發性肝

男　六五……(六八、四%)
女　三〇……(三一、六%)

(乙)膽管上皮性癌ニ於テハ性ノ明記セル十四例ニ就キテ
男　六……(四二、九%)
女　八……(五七、一%)

(丙)肝癌ノ三型ノ各々ニ就キテ

	男	女
(1)結節性(百例ニ就キ)	五八(五八%)、	四二(四二%)
(2)混塊狀(三十五例ニ就キ)	二一(六〇%)、	一四(四〇%)
(3)瀰蔓性(二十例ニ就キ)	一九(九五%)	一(五%)

(丁)肝硬變ト男女ノ關係

	男	女
原發性肝癌ノ合併症トシテ屢々實驗スルモノハ肝硬變ナリ兩者ノ關係ハ後段考按欄ニ譲ルコトシ茲ニハ兩性トノ關係ヲ檢センニ		
確カニ硬變ノ合併セルモノ(六十二例)	五〇、	一二

多クノ場合ニハ肥大ス時トシテ著シク腫脹ス約通常大ノモノハ少ナクシテ縮小セルモノハ尚ホ稀レナリ斯ル者ハ多クハ肝硬變ヲ隨伴シ若クハ胆石等ニ因ス〻胆管炎胆管周圍炎肝萎縮ニ繼發セル例ナリ(茂木學士ノ例ノ如キ最モ著明ナリ)

○兩性ト肝癌トノ關係

E.氏ハ十五種ノ統計ヨリ蒐集シタル原發性肝癌ノ八百十六例中

男　三六九(＝四五、二%)
女　四四七(＝五四、八%)

ヲ得テ女性ハ男性ニ優レルコヲ示セリ然レモE.氏ハ己レノ肝癌論文ニ掲ゲタル百五十五例ノ内ニ

男　九八(＝六三、三%)
女　五七(＝三六、七%)

ヲ算シ寧ロ男性ハ其ノ數ニ於テ女性ニ劣ルコ無キヲ證明セリ此レヲ兩種ノ腫瘍ニ就キテ見ルニ

(甲)實質性肝癌　ニ於テハ尚ヨリ多ク男性ニ來リ女性ニ少ナキコヲ窺知セラル可シ即チ兩性ノ明カナルモノ九十五例ニ就キテ

肝臟ノ外傷的刺戟　七
遺傳的素因ニ由ルモノ　四
梅毒　三
肋骨々折治癒部ト肝及
橫行結腸トノ癒着(即慢性刺戟ニ因ルモノ)　一

貴——家

尙ホ近者 W. Loehlein (1907) 氏ハ原發性肝癌ノ三例ヲ報告セリ就中一例ハ鐵轆轤工ニシテ肝絞搾溝及ビ脊椎後彎兼側彎等ノ機械的刺戟ニ因リ尙他ノ一例ハ肝臟ニ於ケル高度ノ Haemosiderosis ニ因スル肝間質ノ反應性病機トシテノ代償性肝細胞肥大增生ヨリシテ遂ニ癌變性ヲナセルモノナリトシ尙殘レル一例ニ就キテ氏ハ「エヒノコックス」囊腫ノ壓迫萎縮ニ因スル肝ノ代償性增生肥大ヲ以テ其原因ト認メタリ又最近ニ於テハ G. Herxheimer (1908) ハ偶然ニモ頰部表皮癌ノ一例ニ就キ肝臟ニ約豌豆大ノ組織的ニハ原發性肝癌タルヿ疑ヒナキ者ヲ實見シ此ヲ以テ先天性迷芽ナル可シト唱ヘタリ

○轉移

Frerichs ハ肝癌ニ於テハ轉移ハ極々稀少ナリト而カモ Schueppel ハ寧ロ肝癌ニハ

男、　五三、一一歳
女、　五二、二三歳

トナル可シ就中幼年時ニ來レル類例ハ Pepper (1873) ノ生後八週ノ小兒 Wulff (1876) ノ三歳ノ少女 Wegelin (1906) ノ五、五歳ノ小兒ヲ始メトシ Koltmann (1873) ハ、九歳ノ少女 (Arnold ハ此ヲ以テ肉腫ナル可シトセリ)又 Marckwald (1896) ハ九歳ヨリ十五歳ニ至ル五例ノ小兒ニ就キテ報告セルモノアリ而シテ Pepper ノ一例ニ暫ク疑ヲ措クトスレバ現今マデニ報告セラレタル最少年齡ハ Wulff ノ三歳ノ少女ノ例ナリ尙ホ最高年齡ニ就キテハ Riedel (1896) ノ八十一歳ノ老婆ニ見タルモノニシテ此外ニ尙ホ七十五乃至七十六歳ノ二女三男ヲ算スルコヲ得ルナリ、概シテ言ヘバ續發性肝癌ニ比シテ原發性ノモノハヨリ高齡ニ來ルモノトス、

○源因

原發性肝癌ノ原因トシテE. 氏ノ揭ゲタルモノハ次ノ如シ

酒製中毒	三〇
胆石症	一四
肝臟ノ絞搾溝	七

其他ノ障害ニ由リ胆汁ノ排出ノ難易ニ關スルモノナレバ一概ニ此レヲ論ズルヿ能ハザルヤ明カナリ然レドモ癌腫ノ發生母地ノ偶々輸胆道ナルニ於テハ實質性癌ニ比シテ黄疸ノ因リテ起ル場合ノ此レヨリモ頻多ナルベキヿハ無論ナリE.氏ノ統計表ニ徴スルモ黄疸ヲ隨伴セル肝癌ノ内

實質性肝癌　六三%
胆管上皮性癌　六九%

ヲ算出シ得タルナリ

○腹水○

門脈血管系ニ至大ナル關係ヲ有スル肝臓ニ諸病變有ル結果腹水ノ來ルハ人ノ熟知スル所ナリ肝癌ニ於テモ亦然リE.氏表ヲ見ルニ腹水ノ有無明カナル百四十七例ニ於テ八十六例此ヲ見タリトイフ此レヲ細別スルニ

腹水有ルモノ

全數	一四七例中	八六（五八、六%）
結節性	九一……	五〇（五五%）
混塊狀	三六……	二一（五八%）

轉移ハ皆無ニシテ唯々持續的 (per Continuitatem) ニ隣接諸臟器內ニ侵入スルモノナリト唱導セリ而カルニE.氏ノ統計ニ徵スレバ肝癌ニ於テハ他ノ者ト同ジク轉移甚ダ多ク一〇一ノ類例中六六例ニ於テ轉移ヲ見三五例ニ於テハ大小靜脈腔內ニ栓塞ヲ認メタリ而シテ轉移竈ノ內胸腔乃至腸間膜淋巴腺ニ最モ多ク肺臟ノ轉移此レニ次グト云フ併レ𪜈從來ノ報告例中上記諸臟器ノ外副腎、胆囊壁、膀胱壁乃至ハドーグラス窩內散種ヲ記載セルモノ少ナカラズ然カレ𪜈山極博士等ノ當教室ニ於ケル實驗ニ據レバ肝癌中實質性ノ者ハ實際轉移ヲ肝臟外諸臟器ニ來スコト遲ク又少ナク最モ早期ニ來ルハ肺臟ナリト云フ、

○黃疸

E.氏ハ黃疸ノ存否判明セル百四十七例ノ內九十例ニ於テ此ヲ見タリト就中

結節性(九〇例中) 六一例

瀰蔓性(二〇……) 一五〃

混塊狀(三六……) 一四〃

ナリシト是レニ據リテ見ルニ黃疸ヲ惹起スルコノ最モ少ナキハ混塊狀癌ナリ併シ乍ラ黃疸ノ有無ハ細胆管ガ廣汎性ニ杜塞セラルヽカ又ハ太キ胆管ノ壓迫狹窄

其他ノ障害ニ由リ胆汁ノ排出ノ難易ニ關スルモノナレバ一概ニ此レヲ論ズルヿ能ハザルヤ明カナリ然レモ癌腫ノ發生母地ノ偶々輸胆道ナルニ於テハ實質性癌ニ比シテ黄疸ノ因リテ起ル場合ノ此レヨリモ頻多ナルベキヿハ無論ナリE.氏ノ統計表ニ徴スルモ黄疸ヲ隨伴セル肝癌ノ内

實質性肝癌　六三%
胆管上皮性癌　六九%

ヲ算出シ得タルナリ

○腹水

門脈血管系ニ至大ナル關係ヲ有スル肝臓ニ諸病變有ル結果腹水ノ來ルハ人ノ熟知スル所ナリ肝癌ニ於テモ亦然リE.氏表ヲ見ルニ腹水ノ有無明カナル百四十七例ニ於テ八十六例此ヲ見タリトイフ此レヲ細別スルニ

腹水有ルモノ

全數　一四七例中、
八六（五八、六%）
結節性　九一……
五〇（五五%）
混塊狀　三六……
二一（五八%）

轉移ハ皆無ニシテ唯々持續的 (per Continuitatem) ニ隣接諸臟器内ニ侵入スルモノナリト唱導セリ而カルニE.氏ノ統計ニ徴スレバ肝癌ニ於テハ他ノ者ト同ジク轉移甚ダ多ク一〇一ノ類例中六六例ニ於テ轉移ヲ見三五例ニ於テハ大小靜脈腔内ニ栓塞ヲ認メタリ而シテ轉移竈ノ内胸腔乃至腸間膜淋巴腺ニ最モ多ク肺臟ノ轉移此レニ次グト云フ併レ乍從來ノ報告例中上記諸臟器ノ外副腎、胆囊壁、膀胱壁乃至ハドーグラス窩内散種ヲ記載セルモノ少ナカラズ然カレ乍山極博士等ノ當教室ニ於ケル實驗ニ據レバ肝癌中實質性ノ者ハ實際轉移ヲ肝臟外諸臟器ニ來スコト遲ク又少ナク最モ早期ニ來ルハ肺臟ナリト云フ、

○黄疸

E氏ハ黄疸ノ存否判明セル百四十七例ノ内九十例ニ於テ此ヲ見タリト就中

結節性(九〇例中) 六一例
瀰蔓性(二〇……) 一五〃
混塊狀(三六……) 一四〃

ナリシト是レニ據リテ見ルニ黄疸ヲ惹起スルコノ最モ少ナキハ混塊狀癌ナリ併シ乍ラ黄疸ノ有無ハ細胆管ガ廣汎性ニ杜塞セラルヽカ又ハ太キ胆管ノ壓迫狹窄

兩者ノ關係ハ腹水ニ於ケルト撰ブ所無キヲ知ル可シ

○脾腫○

門脈系ニ於ケル血行障碍ノ結果脾靜脈ニ鬱血ヲ來タシ脾臟ノ腫大スルヿ勿論ナリ然シ乍ラ或ル論者ハ原發性肝癌ニハ常規トシテ脾臟ノ腫大ヲ來サズ此ノ點ニ於テ同ジク門脈系ノ鬱血ヲ惹起スル所ノ肝硬變症ト識別スル標徵ト爲スト唱フルモノアリ然レモ多クノ塲合ニハ此ヲ見ル即チ巨氏ハ

脾腫アルモノ

全數 一四七例中	四七例	(三二%)
結節性 九一 ……	二四	(二六%)
混塊狀 三八 ……	一四	(三七%)
瀰蔓性 二〇 ……	九	(四五%)

而シテ玆ニ注目ヲ要ス可キハ脾腫即チ鬱血性脾腫大ハ

實質性肝癌	三六%
胆管上皮性癌	皆無

ナリト云フニ在リ又以テ其ノ腹水ニ於ケルト同關係ナルヲ知ルニ足ランカ此ヽ

瀰蔓性　二〇……　一五　（七五%）

又此レヲ肝癌ノ二型ニ就キテ見レバ

實質性肝癌　六八%

胆管上皮性癌　三二%

即ハチ實質性肝癌ニ多クシテ胆管上皮性癌ニ稀レナリト云フ可シ

○浮腫

其ノ存否明カナルモノ百四十七例ニツキテ

浮腫アルモノ

全數　一四七例中　六〇　（四一%）

結節性　九一……　三一　（三四%）

混塊狀　三六……　一八　（五〇%）

瀰蔓性　二〇……　一一　（五五%）

又タ

實質性肝癌　四二%

胆管上皮性癌　二三%

ニ向ッテ先人ノ苦心ヲ重ネタル跡歴々タルモノアリ初メテ此レヲ企圖セルハ Hanot-Gilbert (1888) ニシテ二氏ハ肝癌ノ肉眼的所見ヨリ次ノ三型ヲ區分セリ即チ

(一)結節性癌 (Cancer nodulaire)

(二)混塊狀癌 (Cancer massif)

(三)肝硬變ヲ伴フ癌 (Cancer avec cirrhose)

即ハチ(一)不等大ノ多數ノ腫瘍結節トシテ發生スルモノヲ結節性トシ(二)單一ニシテ大腫瘍塊ヲナスモノ此ヲ混塊狀ト稱ヘ(三)肝癌ニシテ肝硬變ヲ伴フモノヲ第三型トセルナリ

而ルニ Eggel (1901) ハ此レニ批難ヲ加ヘテ

Hanot-Gilbert 等ノモノハ以テ嚴密ナル肝癌ノ分類トナラズ即チ氏等ノ第三型ト稱スルモノハ、内若シモ腫瘍質ノ各結節ガ大トナリ其ノ數ヲ增スニ於テハ或ハ混塊狀トモ成リ又ハ結節狀トモ成リ得可ク相互ノ關係甚ダ明瞭ヲ缺クトナシ自己ノ見地ヨリ實質性及ビ胆管上皮性肝癌ヲ通ジ組織的又ハ肉眼的ニ肝癌ヲ次ノ如ク分類セリ

(a) 肉眼的

ニ就キテハ後段記述スル所アラントス

○臨床的經過

肝癌ノ初徴トシテ表ハル、モノハ毎時消化障碍ニノ患者ハ腹部ニ膨滿ノ感、壓痛ヲ訴ヘ同時ニ食機不振トナリ病ノ經過ト共ニ肝臟ハ漸次腫大シ肝臟ハ其被膜ノ腫瘍質ニヨリ侵害セラル、程度ニ從ガヒ自覺的又壓ニ對シ激シキ疼痛ヲ感ジ腫瘍ノ發育ト共ニ漸次屢弱惡液性トナリ黄疸腹水下腿ノ浮腫及脾腫等相前後シテ起コリ或ハ胆汁ヲ混ゼル殘餌ヲ嘔吐シ又時トシテ吐血スルコモ有リトイフ終ニ患者ハ或ハ下痢ヲ又ハ便秘ヲ訴ヘ病機日ヲ追フテ惡徴ヲ呈シテ死ノ轉歸ヲ執ルトイフ

○肝癌ノ分類

(Die Einteilung des Leberkrebses.) 肝臟ハ一複管狀腺ナレバ分泌部タル肝實質細胞ト輸出部タル胆管上皮細胞トヲ有ス從ツテ此レヨリ發生スル癌ニモ二種ヲ區別スルコハ最モ單簡ナル分類法タリ

(一)實質性肝癌 (Primaerer parenchymatoeser Leberkrebs)

(二)胆管上皮性肝癌 (Primaerer Leberkrebs aus Gallen-gangsepithelien)

而ルニ肝癌ノ病理解剖的地位ノ未ダ明カナラザル時代ニ於テ原發性肝癌ノ分類

スルヲ得ルモノ此レヲ瀰蔓性又ハ浸潤性肝癌ト命名セリ故ニE氏ノ第三型ノモノハ Hanot-Gilbert ノ所謂 Cancer avec cirrhose ト見做サル可キモノナリ尙ホE氏ハ

(b) 組織的造構上

(一) 實性癌 (Carcinoma solidum)

(二) 腺腫性癌 (Carcinama adenomatosnm)

ノ二型ヲ區劃シ後者ノ中ニ主トシテ又全ク腺腫像ヲ呈スルモノヲ算入セリ即チ此者ニ於テハ強ク迂曲走行セル細胞索條,胞巢細胞圍鑄ノ配列等大ニ肝臟ニ類スルト雖モ肝臟ニ比シテハ唯不規則ナル造構ヲ示スモノヲ稱セルナリ」近者 Wegelin (1906) ハE氏ノ組織的分類ノ不完全ナルヲ說キ原發性肝癌ノ分類上腫瘍ノ間質ニ注目シ鏡檢的ニ此レヲ二種トナセリ即チ胞巢間間質ノ結締織ナルヤ將タ又タ毛細管腔タルヤニ從ガヒ

(一) 胞巢性癌 (Carcinoma alveolare)

(二) 腺腫性癌 (Carcinoma adenomatosum)

トナセリ而シテ氏ハ肝細胞ヨリ發生セル腺腫性癌ハ曩キニ山極博士 (1902) ノ唱

(一)結節性 (Knotige Form)
(二)混塊狀 (Massive Form)
(三)瀰蔓性又浸潤性 (Diffuse od. Infiltrative Form)
就中結節性ノモノハ
佛人ノ Tubercules cancéreux
ニ又タ
英人ノ Tubera circunscripta.
ニ一致シ第三型瀰蔓性浸潤性ノモノハ
佛人ノ Tumeurs cancereuses disseminies
英人ノ Tubera disseminata
ニ一致セリ而シテE. 氏ハ(一)單一又ハ大小種々ノ多數ノ腫瘍結節アリテ概シテ肝臟ト急峻ニ限界セラルヽモノヲ結節性トナシ(二)全肝葉又ハ其ノ一部ヲ占有シ周圍ト肝臟トノ境界緩徐ナル主腫瘍ト此レヨリ小形ナル多數ノ轉移結節ノ有ルモノヲバ混塊狀ト稱シ(三)殆ンド全肝ニ亘リ無數ノ約小葉大又ハ其レ以上ノ小腫瘍結節ハ厚キ結締織被膜ヲ以テ圍繞セラレ鏡檢ノ結果初メテ眞正ノ肝硬變ト識別

理學敎室ニ在リテ內科外科「クリニック」ヨリ比較的多數ノ肝癌材料ヲ送附セラルヽガ爲メ實質性肝癌ノ診斷上主要ナル諸項ヲ稍詳細ニ學ビ知ルヿヲ得タルナリ以下此ヲ列記シテ參考ノ一助トナサントス

(A) 肉眼的性狀

(I) 實質性肝癌ハ其發生地ノ健態ナルト又肝硬變ヲ呈スル者ナルトヲ不問圓形卵圓形ノ竈ヲ作リ乃至ハ相癒合シテ周圍ノ肝組織ヲ壓排シテ此レニ代ハリ占座ス腫瘍結節ノ肝被膜下ニ在ルヤ常ニ被膜ヲ壓上シ圓形乃至半球狀丘狀ニ膨隆スレ兀纔發性肝癌(例ヘバ胃癌ヨリノ)又胆管上皮性癌ニ於ケルト異ナリ結節ノ中央陷凹シテ癌臍ヲ造ルコトナキヿ第一ノ特徵タリ

(II) 周圍肝組織トノ移行ハ多クハ緩徐タル坂面ヲ以テス硬度ハ概シテ肝自個ヨリ遙カニ減少シ軟弱往々髓樣泥軟ニメ刀身ヲ以テ容易ニ搔爬スルヿヲ得可ク割面ヨリ強ク膨隆シ色澤ハ灰白帶黃色ニ渾濁シ腫瘍內血量ノ多寡黃疸色ノ多少ニ由リ腫瘍ハ諸色調ヲ加味ス概シテ肝實質ト異ナリ褐色調ヲ呈サヾルヿ第二ノ特徵タリ

(III) 割面ヲ見ルニ腫瘍ハ明カニ結締織間質ト上記ノ實質トニ由リ胞巢狀造構ヲ呈

導セラレタルガ如ク肝組織ト類シ毛細管ヲ以テ限界セラルヽモ肝臟ノ通常性癌腫(余曰ク胆管上皮性癌?)ニ於テハ爾他ノ癌腫ト異ナル所ナク間質ヲナスモノハ結締織ナリト稱シ稍眞ニ近キ分類ヲ案出セルナリ余ノ考フル所ニ據レバ組織的分類ニ於テハ Wegelin 氏ノ者最モ正鵠ヲ得タルモノナレ𪜈其ノ命名ニ至リテハ或ハ適當ナラザルモノアリ而シテ其肉眼的分類ニ就キテハ末段ニ於テ論述セント欲ス本論ニ於テ余ハ兎ニ角發生母地ニ隨ガヒ肝癌ヲ分チテ實質性ト胆管上皮性癌ノ二大部トナシ其各種ノ諸例ヲ記述スルニ當リ先ヅ其ノ肉眼的及組織的特異ノ性狀ヲ概論シ後各實例ニ亘リ詳說スル所アラント欲ス

第貳　各論

第壹章　原發性實質性肝癌

實質性肝癌ノ解剖組織的診斷ノ標徵ニ關シテハ泰西ニ在リテモ學者ノ所說未ダ一定セズ隨テ或ル論者ハ以テ血管肉腫ト誤診シ又吾人ノ眼ヨリ見レバ實質性肝癌ノ正型像ノ明カニ存在セルニモ拘ハラズ此レヲ放棄シテ顧慮スルコトナク爾他ノ諸造構ヲ主要視シ却ツテ腫瘍ノ診斷ヲ誤ル者無キニ非ズ幸ニモ吾人ハ我病

腫瘍ハ間質結締織網ト此レニヨリ限界セラル、網眼内實質島ヨリ成リ實質ハ擴張セル又ハ細狹ナル毛細管腔ノ脈絡ニ由リテ更ラニ數多ノ細胞索條又ハ實質脆巢ニ區劃セラル即チ單列乃至三四列ノ腫瘍細胞列ハ健態肝組織ノ如クニ迂曲セル細胞索條ヲナシテ相互ニ不規則ニ吻合シ健態肝ニ近キ像ヲ呈シ索條ノ或者ハ好ンデ中央ニ細狹ナル管狀腺腔(花環狀像)ヲ圍繞包擁ス(以上正型的發育像)或ハ圓形卵圓形又桔梗形乃至ハ圓柱狀(時トシテ迂曲吻合セリ)ー腫瘍細胞ノ太キ胞巢ハ生理的肝組織ト異ナリテ十數列ノ細胞列ヨリ成リ胞巢ハ所々上記管腔ヲ示スモノ無キニ非ザレ共概シテ實性ナリ(以上違型的發育像)而シテ腫瘍ノ細胞索條胞巢ハ常規トシテ內被細胞ノ二列ヨリ成ル毛細管血腔ニ由リテ圍繞限界セラレ又ハ反對ニ血管腔ヲ血管肉腫樣ニ圍繞スルモノアリ而シテ腫瘍細胞ノ毛細管ニ隣接セル者ニ在リテハ其ノ底部ハ直接ニ內被細胞列ニ密着シテ特ニ兩者ノ間ニ固有膜ラシキモノヲ存セズ換言スレバ實質胞巢索條ヲ限界スル所謂間質ハ實質性肝癌ニ於テハ通常ノ癌腫ノ如ク結締織束ニ非ズシテ生理的肝細胞束ノニ類シ毛細管網ナリ此點ハ實質性肝癌ノ檢索上最モ重要ナル所見ニシテ此ノ造構ヲ目擊シタル以上ハ既デニ其ノ診斷ニ躊躇ス可カラズシテ先輩諸士ノ所謂移行像云々

シ周圍トノ境界或ハ急峻ニ又ハ緩徐ナリ而シテ肉眼的最モ顯著ナルハ彼ノ腦「グリオーム」又ハ惡性「チンチオーム」ニ類シ腫瘍ノ少シク陳舊ノ度ヲ加フルニ從ガヒ腫瘍ノ大部分ニ廣汎性ニ壞死變性軟化相踵ギテ行ハレ出血又タ燒ンニナリ從ガッテ腫瘍ハ殆ンド全ク脆弱汚穢ナル類癆質ト化シ表面ヨリ觸ルヽニ軟弱假性波動ヲ呈ス可シ而レモ臍狀ニ陷凹スルヿ決シテ無シ此レ第三ノ特徵タリ

(IV) 割面ニ就キテ生存部ハ胞巢狀ナリト雖モ此等變性類癆質ハ脫却洗ヒ去ラレテ(殊ニ水中ニテ所置スレバ)間質ノミ網眼ヲナシテ殘存シ後ニ著明ナル海綿狀造構ヲ呈スル疎鬆質トナル此レ第四ノ特徵ナリ是ハ殊ニ原發竈ノ中心部ニ於テ甚シキヲ見ル

(V) 實質性肝癌ハ癌腫テフモノノ特性トシテ好ンデ門脈系內ニ突破シ或ハ血栓的又ハ栓塞的ニ肝臟自家內ニ轉移結節ヲ發生スルヿ速カニ又盛ンナルニ拘ハラズ膽管上皮性癌ノ如クニ爾他諸臟器ニ轉移結節ヲ作ルヿノ甚ダ少ナク又遲キヿ此レ第五ノ特徵タリ

(B) 顯微鏡的性狀

(I) 腫瘍ノ造構

テ圍繞セラル、性ヲ有スルヿヲ以テ本腫瘍ノ特徴トナス而シテ余ノ見ル所ニ據レバ腫瘍ノ漸次違型的發育ヲトルニ從ガヒテ如上ノ花環狀像ハ追次稀少トナリ幅廣キ胞巢圓柱狀索條内ニ點々トシテ存在シ遂ニハ全ク此レサヘ消失シ胞巢ハ全ク實性トナルモノニ似タリ

此ノ花環狀管腔ノ發生ニ關シテハ全般ノ考按欄ニ讓ツリ玆ニ述ベズ

實ニヤ如上ノ造構ハ實質性肝癌ノ二大特徴ト見做スヲ得可ク單ニ癌腫ノミナラズ實質細胞ヨリ發生セル腺腫又ハ通常肝硬變ニ隨伴シ來レル肝臟ノ結節狀增生等ニモ亦此ヲ證明スルヿヲ得ルナリ然リ而シテ上揭ノ二大特徴ヲ外ニシテハ爾他ノ顯微鏡的所見ハ決シテ實質性肝癌ニ特有ナリト謂ヒ難キモノナリ

(III)腫瘍細胞

肝細胞ニ二三倍大ナルヲ通常トス又小ナル者モアリ細胞ハ圓形骰子形等大ナルアリ又多形多樣ナルアリ前記毛細管ニ觸接占座セル者及ビ花環狀ニ配列シ管腔ヲ直接圍繞スル者ハ低圓柱狀ヲナス生理的肝細胞ト異ナリ元形質疎ニシテ顆粒ニ乏シク明性褐色調ヲ加味セズ内ニ細胞體ニ比シ大ナル圓形卵圓形濃染セル單核(時トシテ多核又巨大單核巨態細胞アリ)ヲ容レ核仁ノ一二又核分剖像多クハ

(後揭)ノ如キハ問フ所ニ非ラズ

而シテ此ノ所見ハ曩キニ Eberth, Siegenbeck, Engelhardt, Herxheimer 等モ其ノ業蹟成書内ニ記載セル所ナレモ如上ノ造構ヲ以テ實質性肝癌ニ不可缺要素タルコヲ特ニ主張シタルハ吾恩師山極博士(1902)ナリ其後 Wegelin (1905) モ亦其ノ實質性肝癌ノ診斷上ニ價値アル標徵ナリト唱導セリ、

(11) 花環狀像 (Rosettenbild)

上記腫瘍索條胞巢ニ於テ圓形骰子形又ハ細胞相互ノ存在上相壓迫セラレテ低圓柱狀ヲナス一定數ノ細胞ガ單列乃至二三列輪狀乃至放線狀ニ配列シ中央ニ多クハ細狹ナル或ハ擴張セル圓形腺管腔ヲ包擁スル像ヲ云フ吾人ガ網膜「グリオーム」又ハ先天性胎生腎腫瘍内ニ往々實見スル所ノ像ト異ナラズ或ハ又タ如上正型的發育ヲトル者ニ於テハ細胞索條ノ長軸ニ從ガヒ中央ニ腫瘍細胞ノ二列(又ハ三四列)ニヨリテ圍繞セラルヽ細狹ナル管狀腺腔ヲ造ルモノ稀ナラズ此等ノ花環狀圓形乃至管狀腺腔内ニハ或ハ胆汁塊ヲ又ハ而ラズシテ單ニ硝子樣同質ノ疑固質乃至ハ上皮細胞圓形細胞ヲ容ルヽモノアリ然リ而シテ正型的發育ヲトレル者ニ在リテハ此ノ花環狀像其レ自身既デニ一個ノ腫瘍胞巢トシテ必ズ毛細管網ヲ以

ニ似タリ

(V)「グリコーゲン」顆粒ノ存在、

既ニ生理學ノ敎示スルガ如ク常態肝細胞内ニ多量ノ「グリコーゲン」ヲ藏スルヲ以テ實質細胞ヨリ發生セル肝癌細胞體内ニモ此レヲ認ムルヲ得可シ是ハ Durr 氏ガ化學顯微鏡的ニ腫瘍細胞内ニ檢出シタルニ始マリ爾後此レガ試驗的檢索ヲ企圖セルモノ少カラズ先輩長與學士モ此レヲ肝癌細胞内ニ證明セラレタル所ニシテ毫モ疑無キ所ナリ勿論「グリコーゲン」ノ存否ハ胆色素顆粒ト同ジク腫瘍診斷上捨ツ可キ者ニ非ズ但シ其ノ存在ハ爾他ノ特徵ノ全ク具備シタル類例ニ於テハ此レト相俟チテ初メテ病理學上ノ價値ヲ有スルモノナリ實ニ「グリコーゲン」顆粒ハ實質性肝癌ノ外副腎腫又發育旺盛ナル内被細胞腫而カモ既ニ生理的發育時期ニ在ル組織乃至ハ炎性再生新生組織内ニモ亦此レヲ認ムル以上此レヲ以テ腫瘍ノ診斷ニ不可缺要素トハ爲シ難シ

(VI) 變性壞死出血

既デニ肉眼的ニモ而カルガ如ク鏡檢上ニモ誤リ無キヲ證ス殊ニ腫瘍ノ違型的發育ヲ呈スル者ニ於テ顯著ナリ即チ毛細管ノ茂生ト腫瘍細胞增殖互ニ併行セズ一

著明ナリ核ハ細胞ノ中央ニ在レ𪜈前揭圓柱狀ヲナス細胞ニ在リテハ間々其ノ基底部ニ占座ス

癌腫細胞ノ新舊ニ應ジ成形質ノ明性ノ度ニ由リ二樣ニ區分セラル即チ比較的幼若ナル細胞ハ胎生時乃至小兒期ノ肝細胞ニ類シ顆粒ニ乏シク諸アニリン色素ニ由リ淡染シ明性ナリ(Adler 氏明性細胞ニ一致ス)他ノ者ハ發育ノヨリ以上ノ階級ニ在ル者ニシテ完成シタル肝細胞ニ類シ顆粒ニ富ミ同上色素ニ由リ濃染スルヲ常トス而レ𪜈前揭ノ如ク褐色調ヲ有セズ

(IV) 胆汁分泌機

甲狀腺及ビ乳腺ヨリ發生セル癌腫又其轉移竈ニ於ケル癌細胞ハ該母地組織ニ固有ナル官能ヲ保持シテ膠樣質又ハ脂肪球ヲ分泌スルト同ジク分泌部タル肝細胞ヨリ發生セル實質性癌ニ於テモ亦細胞體内ニ胆汁分泌作用行ハレテ帶綠褐乃至「オリーブ」綠黃金色ノ色素顆粒ガ或ハ細胞體内ニ又ハ上記花環狀管腔内ニ沈着充塡スル者少ナカラズ併シ乍ラ其ノ有無ヲ以テ腫瘍細胞ノ發生母地ヲ云々ス可カラズ原發竈ニ於テハ何所ニモ色素顆粒不明ナルニ却ッテ轉移竈等ニ於テ著明ニ認ムルコヲ得ルコアリ(又反對ニ)テ總テノ場合ニ一樣ニ此レヲ律ス可カラザル

ニ腫瘍ノ限界層ニ於ケル所見ハ以テ癌腫ノ本體及ビ發生ヲ斷定スルニ足ラズ」トハ Ribbert ノ普ネク唱導スル所ナリ胃腸乳腺又ハ皮膚ニ原發セル癌腫ノ極初期ノ者ハ吾人往々經驗スル所ナレモ肝臟ニ於テハ唯々此レヲ千載ノ一遇ニ俟タザル可カラズ昨年中 Herxheimer (1908) ハ偶然ニモ約豌豆大ノ極初期肝癌(鏡檢的ニハ Hamartome ナリキ)ヲ實見セルモ移行像ヲ見ル可ク時既デニ遲ク病機ハ强ク進捗セリトイフニ鑑ミ實質性肝癌ノ診斷上移行像ヲ云々スルガ如キハ實ニ徒勞ト謂フ可キモノナリ世ノ人宜シク腫瘍ノ造構ニ留意シテ肝癌ノ正鵠ナル診斷ヲ過ル可カラズ

(VIII) Kupfer 氏星狀細胞 (Sternzellen)

Wegelin 氏ハ「實質性肝癌ノ間質毛細管腔ハ內被細胞ヨリ成ル外ニ、生理的肝組織ニ類シ此レヨリ發生セル實質性肝癌ニ於テモ尙此ノ間ニ介在シテ Kupfer 氏星狀細胞ノ存在セルヲ記載シ而カモ諸臟器轉移竈ニ於テモ亦此ノ種ノ細胞ガ內被細胞ト共ニ實質胞巢ヲ區劃スルニ與ル」ト併シ乍ラ現今ノ解剖組織學上ノ見地ヨリスルモ該細胞ノ本體明瞭ヲ缺ク以上斯カル不定ノ細胞ヲ以テ實質性肝癌ニ特徵ノ者ト爲ス可キヤ否ヤ暫ク記シテ後日ノ研究ヲ俟ツコトセム

方此ノ種ノ營養障害ニ因リ他方胆汁鬱積ノ自家中毒症トシテ腫瘍細胞ノ脂肪變性單純壞死軟化液化シテ空洞ヲ造リ殊ニ此等頽癈部ニ於テハ毛細管ハ破綻セラレ爲メニ出血ヲ將來スル可シ頽癈竈内間々「コレステリン」板脂肪針等ヲ認ム

(VII) 移行像 (Uebergangsbild)

原發性肝癌ノ發生母地ヲ決定スル上ニ於テ從來學者ハ腫瘍ノ周緣部即チ健存肝組織トノ境界層ニ於テ隣接肝細胞ガ不絕癌細胞ニ變性シ以テ常態肝組織ヨリ漸次腫瘍組織ニ向ツテ移行スル像ヲ以テ腫瘍ハ附加性(Appositionell)ニ增大スル者トナシ而カモ斯ル像有ラバ此レ實質性肝癌ナリト唱ヘタルナリ初メ Siegenbeek, van Heukelom (1894) ガ此レヲ肝癌ノ小結節ニ於テ檢出セリト云フニ對シ Ribbert 及ビ門弟 Heussi (1898) 等ハ「ヘマトキシリン」「オランヂG」重複染法ヲ案出シテ檢索セル結果ハ「Silgenbeek van Heukelom 等ノ所謂移行像ヲ全ク否認スル者ニハ非ザレドモ寧ロ大多數ノ場合ニハ腫瘍細胞ノ繼發的ニ肝細胞ニ粘着癒合シタル迄ノ者ナリ」ト斷ツテ腫瘍發生學上ヨリ見ルモ極初期ノ場合ニ於テノミ見ラル可キ移行像ハ殊ニ發育旺盛ナル又諸退行變性ノ著シク行ハレタル主腫瘍内ニテハ全ク此レヲ追究スルヿヲ得ズ況ンヤ腫瘍ノ作動的發育ヲトレル境界層ニ於テオヤ實

肋骨部ニ於テ強ク膨滿セリ腹壁靜脈擴張シ上行流ヲ示ス腹水ナシ右季肋骨部ニ於テ約手拳大ノ硬キ磊塊狀ノ壓痛アル腫瘍ヲ觸知ス脾ハ不觸陰部ノ發育年齡ニ應ジ著シク小兒性ナリ腋窩及兩鼠蹊腺僅カニ腫脹セリ尿ハ黃染シ膽色素反應無シ唯々蛋白ノ痕跡ヲ認ムルノミ

入院後胃液檢査ニ異常ナク嘔吐頻發シ浮腫漸次强クナリ腹水胸水生ジ同月末頃上記諸淋巴腺ハ稍靭ニ腫脹シ六月下旬ニ至リ肝腫瘍漸次硬度ト容積ヲ增シ約臍窩ニ達セリ七月初旬出血性腹水一五〇〇cc.ヲ出ダス(比重一〇三〇)腫瘍ノ下端右腸骨窩ニ達ス爾後尿量大ニ減少シ輕度ノ發熱呼吸困難ヲ起シ八月七日死亡ス

○解剖的診斷(同日解屍)

(一)原發性實質性肝癌

(二)肝臟自家及肝門淋巴腺內轉移

(三)門脈內腫瘍栓塞

(四)腹漿膜面ニ於ケル散種

(五)下大靜脈ノ擴張

(六)胸水(左二〇〇、右一二〇〇)腹水(透明四〇〇〇)心囊水(一四〇、cc.)

○實質性肝癌實例

附記)材料ハ其硬化貯藏液ノ如何ヲ問ハズ何レモ「ツエロイヂン」包埋「ヘマトキシリン」「エオジン」重複染法「ワンギーソン氏染法「カルミン」前染ワイゲルト氏彈力纖維染法又時宜ニ應ジテハ「ヘマトキシリン」「オランヂG」染法ヲ施コシテ作製セリ

(第一實例)(小澤學士病理教室同窓會ニテ演說セル者)

須藤某　二十年男(綿打職工)

○臨床的診斷　原發肝臟癌

○病歷

遺傳的素因ナク唯患者ノ父ハ中等度ノ飮酒家ナリト兩親ノ花柳病ヲ否定ス、患者生來虛弱ニシテ十三歲ノ頃肋膜肺炎ヲ患ヒタリ寒冒ニ罹カリ易カリシトイフ外花柳病ニ罹リタルコトナク又酒煙草ノ嗜好更ラニ無シ

本年(四十一年)四月偶然右季肋骨部ニ手拳大ノ硬キ壓痛ヲ有スル腫瘍ヲ觸知セリ爾後疲勞シ易クナリ且ツ下腿脛骨部ニ浮腫ヲ認メタルガ同年五月六日本學入澤內科ニ入院セリ

年齡ニ比シ體格小貧血シ下腿ニ浮腫アリ先天性梅毒ノ特徵ナシ腹部ハ殊ニ右季

キ結締織索條ニ由リテ粗大ナル胞巢狀像ヲ造ル實質ハ概シテ軟弱ニシテ暗赤色乃至黃綠色ニ汚染セルモノ又ハ爾他轉移竈ノ如ク灰白黃色ノモノ等雜然トシテ混在シ頗ル美觀ヲ呈ス間々粘液牢透明竈アリ主腫瘍ニ近接シ殆ンド全右葉ニ亘リ肝臟ハ罌粟粒ヨリ豌豆大ニ達スル小結節ヲ含有シ各結節ハ肝組織ヲ壓迫シテ圓形ヲ爲ス質頗ル脆弱間々海綿狀造構ヲ呈シ强ク胆色素ニ由リ綠染セラル稍大ナル門脈管枝ハ同樣腫瘍質ヲ以テ栓塞セラル左葉ニ於テ存スル結節ハ實ニ稀少ナリ

殘存肝組織ハ充血ト輕度ノ胆汁鬱積トニ因リ暗赤綠染シ中心靜脈ノ周邊ニ於テ脂肪變性ヲ認ム結節以外ノ表面平滑割面ニ於テ何等間質ノ增殖ヲ認メズ又結節狀增生ナシ大胆管胆囊ニ異常無ク門脈幹及肝靜脈下大靜脈系ニ病變ヲ見ズ肝門淋巴腺約蠶豆大ニ一二腫脹シ外ヨリ門脈ヲ僅カ壓迫セルカノ如ク此レヨリ下部ニ於テ門脈腔稍擴張セルノミナリ

○顯微鏡的所見

(I) 主腫瘍ノ造構

主腫瘍ハ强ク肥厚セル輪狀ノ結締織被膜ヲ以テ圍繞セラレ此ノ被膜ノ內層ハ纖

(七)鬱血性腸胃加答兒
(八)鬱血脾及ビ鬱血腎
(九)心筋渾濁及褐色萎縮
(十)肺門淋巴腺ノ乾酪變性
(十一)慢性限局性纖維性左胸膜炎
(十二)廻腸部潰瘍(結核性?)
○肝臟ノ肉眼的所見

其大サ二七—二〇—一二、五c.m 重量三五五〇瓦右葉ノ被膜ハ纖維素及纖維組織片ヲ附着シ所々強ク充血灰白色ニ肥厚ス且ツ其穹窿面ノ後側ニ於テ其ノ中央ハ約鵝卵大丈ケ深ク陷凹シ該部被膜ハ特ニ胼胝樣ニ肥厚セリ又其中央ニ約蠶豆大灰白帶綠色球狀軟結節ヲ存ス而シテ肝ノ穹窿面ハ概シテ大小種々ノ扁平僅カニ膨隆セル分野ニヨリテ區劃セラレ殊ニ前記大陷凹部ノ近傍ニ於テ甚シク右葉ノ表面到處僅少ノ約豌豆大ニ達スル小結節ヲ散點セリ

割面ヲ見ルニ上記陷凹部ニ該當シ約小兒拳大大腫瘍結節ヲ認ム此ハ厚キ強靱ナル結締織性被膜ニ由リ周圍ノ肝組織トハ明カニ限界セラレ此レヨリ分派セル太

細網狀造構ヲ表ハシ細胞束各自ヲ境界セルモノハ實ニ擴張セル毛細管腔ナリ而カモ中心靜脈ト思ハルヽモノニ直接セル者ニ在リテハ細胞ハ規則正シク放線狀ニ配列シ以テ上記細胞束網ニ移行スル者ハ實ニ特有ト云フ可シ

腫瘍細胞、通常大ヨリ稍小圓形骰子形、細胞體ハ顆粒ニ不乏(生理的肝細胞ニ類ス)「ヱオヂン」ニ由リ赤染シ細胞ノ境界不明ナリ內ニ殆ンド平等大圓形卵圓形ノ比較的大核材ニ富ム大核ヲ有スルヲ以テ腫瘍組織ハ肝組織ニ比シテハ濃密暗紫染シ最モ能ク萎縮セル肝組織ノ核ヲ肥大セシメタルヲ想ハシム核內諸期ノ分剖像ヲ認ム

此等細胞索網群ハ不完全乍ラモ多クハ擴張セル毛細管ヲ包擁セル嫩弱間質束ニ由リテ界セラレ不規則不等大ノ小葉像ヲ示シ常態ニ似ルト云ヒ條相隣接セル小葉ノ相結合セルモノ又一小葉內ニ中心靜脈ノ二三乃至四五ヲ算シ而カモ相接シテ存在スル等又大ニ此レト異ナル所多シトス細胞束ハ何レモ實性ニシテ一—二—三列ヲナシ稀レニ花環狀細腔ヲ造ルモノアリ(正型的像)特ニ實質組織ノ發育顯著ナルガ爲メニ毛細管網ノ壓迫セラレタル所ニ在リテハ肉腫ト撰ブ所ナキ像ヲ呈ス

維ニ富ミ細胞ニ乏シキ殆ンド硝子樣緻密質ニシテ血管ニ乏シキニ反シ其外層ハ粗鬆ナル幼若結締織ニシテ稍太キ胆管增殖セル小胆管萎縮セル肝細胞索及ビ神經束又大ナル靜脈管腔多クハ擴張シ殊ニ被膜ノ內方ニ進ムニ從ヒ動脈ト靜脈トヲ不問其內膜ハ强ク丘狀ニ肥厚シ或ハ全ク管腔ハ幼若結締織ニ由リ杜塞セラレ又間々腫瘍質ノ栓塞アリ)又ハ所々多少ノ小圓形細胞ノ浸潤ヲ呈ス被膜ハ明カナル境界ナクシテ徐々ト周圍ノ肝組織ニ移行スレモ腫瘍側ニ於テハ多クハ此レト急峻ニ界セラル

主腫瘍組織ハ殆ンド全ク實質組織ヨリ組成セルカノ如ク內ニ間々擴張セル動靜脈管ニ隨伴シ多クハ毛細管ト圓形細胞浸潤ヲ有スル結締織束ノ走行スルヲ認ム腫瘍ハ弱廓大ヲ以テ檢スルニ其造構生理的肝組織ト頗ル酷似シ果シテ腫瘍ナルヤ否ヤヲ疑ハシム而シテ腫瘍內ニ在ル多數ノ擴張セル血腔ハ中心靜脈ナルヤ又肝靜脈ナルヤ窺知シ難ケレモ其ノ周圍ニ僅カ乍ラモ結締織輪ヲ有スルモノハ恐ラクハ肝靜脈ナル可キカ此等ノ小血腔ハ併シ常態ノ如ク正規ニ平等ニ配列セラレズ又グリソン氏鞘ヲ殆ンド缺除セルガ爲メ小葉像造構不明ナレドモ尙其ノ痕跡ヲ止ム卽チ腫瘍質ハ通常肝ノ如クニ一―二―三列ヨリナル細胞索條ガ平等ニ

ジ實質無クシテ唯內被細胞ノ二列ヨリ界セラル、血腔ヲ示シ又ハ腫瘍ノ所ヲ撰バズ汎發性ノ出血血液浸淫及ビ此レニ繼發スル實質間質ノ壞死ヲ惹起シ又可成リ大ナル血囊胞ヲ造ル所アリ

鬱血ト胆汁鬱積ノ特ニ甚シキ結果ハ壞死出血ノ外ニ殊ニ腫瘍ノ周緣層ニ於テハ腫瘍細胞ノ到ル處脂肪變性ヲ呈シ組織ハ愈々明性ニ見ユ斯ル所ニ於テハ細胞ハ腫大シ核ハ脂肪球ノ爲メニ一方ニ壓排セラレテ鎌月形トナル殆ンド脂肪組織ヲ見ルノ觀アリ

腫瘍ノ周緣帶ノ被膜ニ近接シ走行セル稍太キ血管ハ周圍ノ組織ト共ニ廣ク單純壞死ニ陷リ管壁ハ硝子樣ニ變性シ內ニ彈力纖維不染トナル管腔內ニハ赤血球無ク漿液內ニハ白血球ノ帶綠褐色素ヲ攝取膨大シテ多數ニ存在セリ此レ果シテ出血ヨリ來レル血色素變態物ナルヤ又ハ胆色素ナルヤヲ區別スルヿ難シ併シ乍ラ主腫瘍ノ細胞ヲ個々精細ニ檢スルニ到ル處胆汁高度ニ鬱積沈着シ又前揭出血竈ハ赤血球ノ性狀ヨリ謂フモ未ダ新シキ時代ノ者也加之上記ノ色素顆粒ノ寧ロ出血竈ニ近ク少ナクメ他ノ所ニ多ク沈着浸潤セルヨリスレバ一概ニ此ヲ以テ「ヘモグロビン」ノ直接變態物ト爲シ難キニ似タリ即チ主腫瘍檢索ノ結果何所ニモ胆管

主トシテ腫瘍ノ周緣帶ニ於テ如上ノ腫瘍組織内ニ所々集簇的ニ總テノ性質ガ就中ヨリ肝細胞ニ類スル型ノ一種ノ細胞アリ該細胞ハ顆粒ニ富ミ暗赤染シ核ハヨリ小形ナリ殊ニ顯著ナルハ細胞體内ニハ多量ノ顆粒狀ノ帶褐綠染ノ色素ノ沈着セルアリ斯ル細胞ハ五六相集マリテ特有ナル花環狀造構ヲナシ腔内ニモ亦同樣同質性色素塊ヲ容ル即チ細胞ノ大ニシテ顆粒ニ富ミ綠褐染シ核ノ比較的小ナルノ點ハ明カニ爾他腫瘍細胞ト區別セラル可キモ兩者ノ細胞束ハ漸次移リ行キツヽアリ此レ果シテ既存ノ肝組織ナルヤ否ヤニ就キ總テノ性狀ハ寧ロ腫瘍細胞ノ母組織ニ類スル發育ヲ逐ゲタル狀態トスルヲ穩當ナリトス換言スレバ細胞ハ胆汁樣物ヲ分泌シ細胞束ハ好ンデ腔ヲ包擁スル而シテ核内分剖像ナク寧ロ退行變性ヲ示シ又細胞體ハ一方胆汁鬱積他方營養障害(血行ノ)ノ二因ニ由リ漸次明性脂肪變性ヲ示スモノヘモ漸次移行セルヨリ推量スレバ必ズヤ腫瘍細胞ノ發育ノ一時期トシテ斯種ノ生理的細胞ニ酷似スル型ノ者ニ變ジツヽアルモノナル可シ

尙細胞束間毛細管又稍々大ナル靜脈腔ハ何レモ血球又ハ漿液ヲ以テ強ク擴張シ殊ニ腫瘍ノ中心部ニ著明ナリ所々擴張ノ度甚シキモノニ在リテハ腫瘍細胞束ハ壓迫萎縮セラレ殆ンド湮滅ニ陷リ血管腫又ハ毛細管擴張(Teleangiectasie)樣像ヲ呈

核ヲ有スル巨態細胞ヲ混ズルモ全體ノ像ハ一見殆ンド常態肝組織ト區別シ難シ併レ𪜈各結節分野内ニハ特ニ中心靜脈ノ有ルナク又細胞索網ノ放線狀配列モ缺除シ加之細胞索條ハ通常肝組織ニ比シ遙カニ太クヨリ大ナル核ハ索條ノ周緣部ニ近ク占座シ細胞體ハ明性ニシテ褐色調ヲ帶ビズ縱斷セラレタル索條ノ中央ニ極細狹ノ管腔ヲ圍ムニ細胞ノ二列ヲ以テシ又索條ノ一端特ニ太ク六—二〇位ノ細胞群ハ放線狀ニ配列シ花環狀管腔ヲ包擁シ内ニ生理的ト同ジク帶綠褐色素塊ヲ容レ各細胞索ハ到所毛細管血腔ヲ以テ圍繞セラルヽヲ忘レズ又一方周圍ノ肝細胞索ハ壓迫萎縮ニ陷リ暗褐染セルモノニ比スレバ假令「オランヂG」染法無クトモ兩者ヲ容易ニ識別スルヲ得可ク加之結節ハ門脈分枝ニ沿ヒテ存在シ肝組織トノ間ニハ菲薄ナル被膜ノ有リテ明カニ限界ヲナシ又兩組織ノ同一分野ニ占座セルモノニシテモ萎縮セル肝ト增殖セル腫瘍組織トノ間ニハ何等ノ移行像ヲ見ズ益々其ノ轉移性ノ者ナルヲ確認セラル可シ

轉移結節ノ多クハ健態ニ止マルト雖モ毛細管擴張ノ著明ナル者ニ在リテハ血嚢胞ヲナシ大小ノ出血竈ヲ生ジ又周邊部—被膜ニ近接セル部ニ脂肪變性ヲ呈スル外核ハ諸種ノ退行病變ヲ表ハシ間々單純壞死竈ヲ見ル而シテ此ノ轉移竈ヲ界セ

又ハ小胆管ラシキ者ヲ認メラレズ一方腫瘍細胞ハ盛ンニ胆汁ヲ分泌スル性能ヲ有スルモ此レヲ輸出スル道無キニ因リ益々其鬱積ヲ來シ實質ト間質結締織内被細胞ト血管腔トヲ不問到處ニ浸淫シ沈着シタル者ナルヿ眞ニ近カラント信ズ

(II)轉移竈ノ造構

主腫瘍ノ被膜ハ切片ニ於テハ何所ニモ破綻セラレタル所ヲ認メズト雖モ此レヲ中心トシテ兩葉ニ亘リ罌粟粒大—豌豆大ニ達スル多數ノ小結節ヲ有ス圓形卵圓形ニシテ多クハ周圍肝組織トハ薄キ彈力纖維束ヲ容ル、嫩弱ナル結締織被膜ニ據リ急峻ニ界セラルヽモ所々此レヲ突破シテ肝小葉内ニ蔓狀ニ增殖進入シテ此レヲ壓排萎縮セシムルモノ少ナカラズ即チ此等小結節ハ主トシテ門脈系ヲ介シテ持續性又ハ非持續性ニ傳播シタル轉移竈ニ外ナラズ此轉移竈ハ其大小ト兩葉ノ何レヲ不問皆同樣ノ造構ヲ有シ二—三列ノ細胞列ヨリナル强ク迂曲吻合シ肝組織ト頗ル同型ノ細胞束ヲナシ擴張セル毛細管血腔ハ相互ノ境界ヲナセリ(正型的像)

腫瘍細胞モ大體ニ於テ原發竈ニ於ケルト同型ナレモヨリ少シク大ナリ細胞體ハ明性ヲ帶ビ顆粒ニ乏シク内ニ多數ノ分裂像ヲ呈スル大核又ハ四—八其以上ノ多

スケツト形ノ者アリ又一細胞體内ニ二―三個ノ大核ヲ容ル、者モアリ間々相集マリテ花環狀ヲナシ管腔内胆色素塊ヲ容ルモノ無キニ非ズ概言スレバ特ニ結節狀增生又ハ腺腫樣像ナク唯僅カニ生理的ヨリ肥大セルノミ小葉周緣部ノ細小胆管所々增殖セルモノアレ𪜈格別ナラズ小胆管大胆管異常ナシ門脈分枝到所强ク擴張シ主トシテ腫瘍質(變性セル)ヲ以テ栓塞セラル肝靜脈モ亦擴張シ少數ノ腫瘍細胞ヲ容ル

肝動脈モ原發竈ニ近ク同樣ニ腫瘍細胞ヲ游走セシムル者アリ

○第一實例ノ所見總括及考按

本例ニ於テ最モ珍奇トスルハ比較的若年ナル二十歲ノ青年ノ肝臟ニ癌腫ノ原發セルコトナリ而シテ右葉ノ被膜下ニ占座セル小兒手拳大ノ腫瘍ハ厚キ被膜ヲ以テ急峻ニ限界セラレ他ノ諸結節ニ比シテハ病機大ニ進捗シ出血變性壞死等著シク肉眼的ニモ其原發竈タルコト明カナリ而シテ此ノ被膜ニ破綻ヲ見ズトモ被膜中靜脈内及ビ門脈幹枝内腫瘍ノ栓塞アリ又上記ノ小結節ハ此等血管ノ系路ニ一致シ兩葉ニ亘リ或ハ孤在性又集團性ニ發生シ周圍ノ肝組織ヲ壓排シツ、急峻ニ限界セラル、ヨリ推量スルニ何レモ轉移性結節ナルコト疑無シ加之本例ニ於テハ肝門

ル菲薄ナル被膜ハ何レモ幼若結締織ニシテ内ニ多數ノ小圓形又多形多樣ノ核ヲ有スル白血球ヲ藏シ殊ニ多數結節ノ密在セル部ニ於テハ肝組織ノ壓迫萎縮セラレテ僞性胆管ト化セル者ヲ有ス實際菲薄ナル被膜ノ内層ハ何レカト云ヘバ陳舊ナルニ反シ外層ハ幼若性ヲ有シ徐々ト周圍肝組織ニ移行スルヿハ此等菲薄ナル被膜ハ單ニ血管壁ノ痕跡トノミ判定スルヿ能ハズ反應性ニ增殖新生シツヽアル者ナル可シ

(III) 肝組織

グリソン氏鞘ハ增殖セズ所々多少小圓形細胞浸潤竈ヲ認ムル外切片ノ内ランゲハンス氏巨態細胞ヲ容ルヽ未ダ乾酪變性ヲ爲スニ至ラザル一二小結核結節ヲ有ス小葉ハ高度ノ充血ヲ呈シ殊ニ其中央部ニ於テ出血又ハ脂肪變性ヲ認ム細胞索ハ生理的ノモノニ比シテ僅カニ腫大シ毛細管ノ擴張セル所ニ在リテハ尙ホ同樣ニ太ク組織ハ疎鬆ニ見ユレモ小葉ノ所ヲ不問毛細管ハ壓迫細狹トナリ組織ハ彼レニ比シテ緻密ニ見ユ細胞ハ概シテ稍肥大ノ徵ヲ呈シ顆粒ニ富ムト雖モ成育シタル肝ノ如クニ褐色調ヲ加味セズ核ハ概シテ大約腫瘍細胞核又ハ此ニ倍大ノモノアリ内ニ一二ノ核仁ヲ有シ正型的ノ者ハ見ヘザレモ直接的核分割像ラシキヒ

ル緻密結締織ヨリ成リ内ニ神經束乃至萎縮杜塞セル血管等ノ包埋セルニ徴シ單ニ主腫瘍ノ發育(擴大性)ノミニ因リ反應的ニ增殖セル被膜トヌハ餘リニ陳舊又ハ厚キニ過グ即チ主腫瘍内實質細胞ノ小形ニシテ胎生肝細胞ニ紡沸タルト相須チテ此厚キ被膜ニ由リ限界セラルヽ部ニ一致シテ腫瘍發生以前ニ何カ發育不全ノ限局竈ノ有リシ事ヲ想像ス可ク又誰人モ此ヲ疑フ者無カラン

又他方ヨリ考フルニ此限局竈ハ肝右葉穹窿面ニ近ク被膜下ニ占座セルニモ不拘周圍ノ肝組織ノ水平面(勿論腫瘍ノ轉移竈ニ由リ膨隆スルト雖モ)ニ比シ著シク陷凹セルヲ以テ盖シ此ノ限局竈ノミ獨リ肝臟ノ生理的發育ニ後レテ原型ヲ維持シ少ナクトモ小兒期乃至ハ胎生的狀態ニ止マリ從ツテ肝表面ヨリ陷凹セル者ナランカトモ考ヘラル、ナリ且ツ又飜ツテ主腫瘍ニ於ケル組織的性狀ヲ熟視スルニ未ダ以テ直ニ癌腫テフ惡名ヲ附スルニ足ラズシテ尙ホ良性ノ色調ヲ帶ベリ即チ腫瘍細胞ハ生理的配列—不完全乍ラモ—ヲ有シ又タ生理的官能ヲ營ミ得ルニ至ツテハ腺腫高々惡性腺腫乃至ハ腺腫性癌ノ初期ト稱ス可キ者ナリ而ルニ此ガ被膜以外ニ血管系ヲ介シテ轉移シタル幼若小形ノ者ニ於テハ尙ホ且ツ原型ノ腺腫樣造構ヲ呈スレモ少シク大ナル者ニ在リテハ正型的像ヲ有スルトハ謂ヒ乍ラモ

淋巴腺内ニモ亦同樣ノ腫瘍ヲ容ル、以上原發竈ニ於ケル腫瘍ハ少ナクトモ現時惡性ヲ獲タルモノナルコト明ナル事實ナリ

主腫瘍ノ顯微鏡的所見ニ據リ概シテ生理的肝組織ニ酷似スルト言フ條又此レト異ナル所少々ナラズ即チ腫瘍細胞ハ中心靜脈ノ周圍ニ放線狀ニ配列セズ小葉像頗ル不整不等ニシテ又特ニグリソン氏鞘乃至ハ此内ハ包埋セラル可キ小及ビ稍大ナル胆管ヲ缺除シ唯間質結締織ニ伴ナヒテ稍大ナル血管腔ノ走行セルアルノミナリ而シテ腫瘍ノ性狀ヲ精細ニ檢スレバ實性ナル二三列ノ細胞索條ハ各毛細管網ニテ圍繞限界セラレツヽ網狀ニ吻合シ細胞體内又花環狀腔内多量ノ胆色素顆粒ヲ容ル、等全ク腺腫乃至ハ正型的發育ヲ執レル實質性肝癌ニ一致ス而シテ細胞ハ原發竈ニ於テハ著シク小形ニシテ其主成分ヲナス者ハアドレル氏明性細胞ニ一致シ此ノ間ニ生理的肝細胞ニ類スル型ノ大ナル顆粒ニ富ム細胞ノ介在シテ兩者相移行セルヨリ考フルニ前者ハ腫瘍細胞トシテ未ダ幼若性ヲ失ハザル者ナル可ク而シテ其ノ或ル者ハ腫瘍發育ノ經過中偶々生理的肝細胞ノ性狀ヲ再度發露シ後者ノ型ヲ示シタル者ナラン、

次ニ主腫瘍ヲ圍繞スル被膜ノ性狀ヲ窺フニ殆ンド全周ニ亘リ何レモ厚ク肥厚セ

的輸出道ヲ缺除セリ從ツテ胆汁鬱積ハ細胞自家ノ中毒ヲ致シ上記鬱血又ハ輸入血管ノ杜塞ト相俟チテ腫瘍細胞ノ變性壞死到處ニ現ハルヽニ至リシモノナラン主腫瘍ニ近接セル肝臟ニ見ル結締織ノ增殖ト血管內膜肥厚及其ノ杜塞ハ此レ腫瘍壓迫ニ對スル反應的增殖ニ外ナラズ健存肝組織內ニモ充血ト脂肪變性ヲ呈スト雖モ胆汁ノ鬱積ヲ見ズ此點ハ大ニ臨床上ノ所見ト一致スト而シテ小葉間々質增殖ヲ認メザルニ實質ハ輕度ノ肥大乃至膽管ノ增生ヲ呈スルハ此ノ腫瘍結節ノ肝臟內ニ蔓延シ此ヲ頻癒セシメタル後ノ補綴的肥大增生ナル可ク以テ腫瘍發生上何等ノ價値ヲ有セズ即チ本例ニ於ケル實質性肝癌ハ決シテ間質炎ニ繼發シテ發生セルモノニ非ズ比較的若年ニ來レルヿ又病歷ノ敎示スルガ如ク患者生來虛弱ニシテ軀幹ノ發育甚ダ惡シク陰部著シク小兒性ニシテ二十歲ノ靑年ニシテ陰毛ノ發育甚ダ些少ナル等ノ諸變性徵候 (Die Degenerationszeichen) ヲ有スルヿ又原發竈ノ餘リニ限局セラレテ良性ナル腺腫ニ近ク其造構大ニ發育ヲ完フセザル型ノ肝組織ニ類似セルヿ等ノ所見ニ鑑ミ余ハ本例ニ於ケル癌腫發生ヲ以テ次ノ如ク說明セント欲ス即チ

胎生時ニ肝右葉被膜ノ一部ニ迷芽的ニ限局セル肝實質ハ肝臟ノ生理的發育ニ後

稍々違型的性狀ヲ呈シ主腫瘍ニ於ケルト反シ核ハ細胞索ノ內緣ニ占座シ原形質ハヨリ明性ノ度ヲ加ヘ胆色素ヲ容ルヽコト少ナク多數ノ核分剖像アルハ勿論巨大單核又ハ多核巨態細胞ヲ混ジ核又諸退行變性ヲ表ハス等頗ル原型ト異ナル所アリ然リト雖モ尙ホ且ツ山極博士ノ唱フル正型像ヲ忘レズ而カモ間々實質性肝癌ニ特有トシテ認メラルル可キ變性壞死乃至出血ヲ將來セリ勿論此等轉移結節ト既存肝組織トノ間ニ何等移行像ヲ見ズ寧ロ肝組織ハ受働的位置ニ在リテ反應的ニ增殖セル結締織輪內ニ僞性胆管トシテ存在スルニ過ギズ

次ニ主腫瘍內變性壞死出血ノ著シク行ハルヽ理由ヲ考フルニ此ヲ圍繞スル被膜ハ肥厚緻密質ヨリナリ內ニ血管少ナクトモ腫瘍發育ノ或ル程度マデハ此レト併行シテ營養機ノ輸入十分ナル丈ケノ吻合輸入血管ヲ存セシニ相違無カランモ一朝腫瘍ガ惡性トナリテ一方被膜ヲ壓排シ毛細管ヲ杜塞壓迫シ他方ニハ上記ノ稍太キ血管ヲ犯カシテコノウチニ自働的ニ進入シ管腔ヲ杜塞セシト共ニ腫瘍發育ノ壓迫ニ因リ內部血管ノ狹窄杜塞セラレタル爲メカ實質ト血管トニ論無ク廣汎性ノ營養障得變性壞死ヲ來シ同時ニ鬱血及ビ血管壁壞死其他ニ因スル出血ヲ將來セル者ナル可シ加フルニ前揭ノ如ク主腫瘍內ニ細胞ノ胆汁分泌ハ有レ乏生理

歸ヲトル時期ニ在リテハ此種ノ鬱血稍輕減シタルニ因リ腹水ハ透明トナリ少ナクトモ肉眼的出血ヲ認メザルニ至レルナラン

又患者死スル前ニ發熱ヲ表ハセリ此レ果シテ何ニ歸因スルヤ病歷ニ徵スルニ嘗テ胸膜炎ヲ患ヒ解屍ノ結果肝門淋巴腺ニ結核性乾酪竈及ビ廻盲部ニ結核性潰瘍アリ加之多數ノ切片ニ就キテ檢スルニ肉眼的不明ナリシ肝臟內ニ極稀少ノ極新鮮ナル粟粒下小結節ノ存在セルヿニ徵シ此ノ發熱ハ結核病機ノ與ツテ力アルヿ疑無カラン元ト肝臟ニ粟粒結核結節ヲ見ルハ結核ノ末期ニ於テ他諸臟器ヲ犯シタル上最モ遲ク來ル者ナリ而シテ本例ニ於テハ極稀少ナル結核結節ハ未ダ乾酪樣變性ノ行ハレザルヨリ考フルニ死スル前ニ極々輕度ノ粟粒結核ノ行ハレタルニハ非ザルカ實ニ本例ニ就キテ腹膜面ノ腫瘍ノ散種トイフモノヽ(此レ肉眼的ノ診斷ナリ)果シテ腫瘍質ナリシ否ヤ寧ロ肝ニ於ケルト同樣ナル粟粒結核結節ナリシヤモ知ル可カラズ遺憾ナルハ其ガ鏡檢セラレザリシヿナリ

終リニ腫瘍ハ肝臟ニ亘リ可成リ廣汎性ニ蔓延セルニモ均ハラズ黃疸ノ表ハレザリシヿハ本例ニ於テ注意ス可キヿナリトス

レテ周圍ハ普通ニ發育セル肝臟ニヨリ圍繞セラレ從ツテ內ニ陷入セル狀態トナリ肝臟組織トハ明カニ限界セラレタル者ガ全ク肝臟トハ無關係ノ腫瘍即チ腺腫トシテ發育セル者ガ身體發育ノ時期ニ會シ或ル不明ノ要約ノ下ニ漸次發育ニ異常ヲ呈シ來リ遂ニ惡性ト成リ癌腫ニ變性シ淋巴乃至血行ヲ介シテ肝臟又ハ諸淋巴腺等ニ轉移ヲナシタル者ナラン組織的ニハ全ク腺腫性實質性肝癌又ハ惡性腺腫ト謂フ可キモノナリ唯本例ニ於テ珍奇ナルハ癌腫ノ內ニテモ殊ニ稀少ナル肝癌ガ二十歲ノ靑年ニ原發セルコトナリ

次ニ上記解剖的見地ヨリ臨床的病徵ヲ說明センニ初メテ腫瘍ヲ觸知シテヨリ約三ケ月後ニ腫瘍ハ俄然其容積ト硬度ヲ增シ腫瘍ノ下緣約右側腸骨窩ニ達シタルナリ恰カモ此時腹水頓ニ起リテ其ノ性出血性ナリシト云フ然カルニ超ヘテ一ケ月後解屍ノ際ニ見タル腹水ハ全ク透明ニシテ僅カニ帶黃色ナリキ此ヲ以テ考フルニ腫瘍ノ發育ノ途果然門脈幹枝內ニ突破シ腫瘍ハ血栓乃至栓塞的ニ肝ノ兩葉ニ一時ニ蔓延增殖セルガ爲ニ一方肝腫瘍ノ或ハ急速ナル增殖腫大ヲ將來シ他方門脈系ニ一時ニ激シキ鬱血ヲ來シタル結果側枝循環ヲ俟ツニ遑ナクシテ腹膜面ヨリ漉出性出血ヲ起シ爲メニ出血性腹水ヲ示シタルナランカ爾來一ケ月死ノ轉

(二)黄疸

(三)腹水(數「リットル」)

(四)脾腫(二四〇瓦)

(五)胃腸水腫及加答兒

(六)心筋褐色萎縮並渥濁

(七)右側肺尖部ノ癒着

(八)實質性腎炎

○肝ノ肉眼的所見

肝ノ容積增大シ三〇—一五—一〇cm重量二二五〇瓦其表面暗綠色ヲ呈シ大小無數ノ顆粒狀結節狀深黃窪起ヲ散點ス右葉ノ穹窿面提肝靱帶ニ近ク強ク陷凹セル所アリ局所ノ被膜特ニ肥厚シ顆粒狀結節アリ質硬ク其周圍ニ約銀杏大ニ達スル結節乃至不規則ナル丘狀窪起ヲ形リ波動ヲ呈ス尙ホ全肝ニ亘リ殊ニ左葉ニ於テ多數ノ粗大ナル窪起ヲ爲シ此レハ粟粒米粒大ノ小顆粒ヨリ成ル比較的健存肝組織ニ粗大ナル分野狀乃至龜甲狀僅カニ窪起セル者ヲ見ル其坂面徐々タリ割面主腫瘍ハ約鷄卵大ニシテ門脈左枝ニ跨ガリ周圍ヨリ灰白ナル被膜ヲ以テ明

（第二實例）――草間學士既報ノ者――

御前某　五十一歳男

○臨床的診斷　肝臟腫瘍（癌腫）

○病歷

患者遺傳的素因ナク性來健全二十歳頃尿道炎ヲ惱ミタルノミ又性來大ニ酒ヲ好ミ十一歳ニシテ四合ヲ平ゲ爾後今日ニ及ブ間々一舛ヲ超ユルコアリ

昨年（明治三十九年）以來上腹部ニ壓迫並ニ緊張性感覺間々輕度ノ發熱ヲ訴ヘタリ

今年三月右季肋骨部ニ疼痛ヲ感ジ漸次增大セル硬靱ナル腫瘍塊ヲ觸知シ四月下旬ニ至リ多少顏面ノ黃疸色ヲ認メ漸次强サヲ加ヘタリ五月廿日入澤內科ヘ入院セリ患者ノ結膜口蓋粘膜ハ黃染シ肝ハ頗ル硬ク粗糙ナル表面ニ多數ノ丘狀隆起ヲ有シ下緣ハ中線ニ於テ臍窩上三橫脂經ニ達ス腹水及下腿ノ浮腫ヲ呈シ尿中蛋白ノ少量圓柱及僅少ノ胆色素ヲ存在ス大便黃色軟ニメ日々四五回ノ下痢アリ入院後腹水黃疸疼痛相加ハリ前後三回ニ穿刺ニ由リ腹水ヲ排除ス七月六日易簀ス

○解剖的診斷

(一)原發性實質性肝癌並瀰蔓性肝間質炎

內ニ見ユル腫瘍質分野ハ其ノ原發竈ト轉移結節(血管內栓塞性發育ヲトレルモノ又肝細胞索內ニ浸潤セルモノ又純然タル腫瘍結節トヲ含ム)トニ論無ク其造構ニ於テハ自ラ軌ヲ一ニス即チ此等實質分野ハ腫瘍細胞索ト毛細管網ヨリ成リ二列—三列乃至數列ノ細胞列ヨリ成ル腫瘍細胞索ハ健態肝細胞ニ酷似シテ強ク弱ク迂曲吻合シ網狀ヲナシ或ハ平行シテ互ニ連續シ各索條ノ境界ヲナスモノハ實ニ細微ナル往々其ノ管腔ヲ失シ單ニ二列ノ內被細胞ヨリ成ル毛細管ニシテ各索條ハ生理的肝ニ似テ血腔ニヨリ圍繞セラレ又ハ却ツテ橫斷セラレタル毛細管ヲ圍繞ス而シテ此等索條胞巢ハ好ンデ中央ニ細狹ナル間々明カニ胆色素塊ヲ容ルヽ腺管腔ヲ包擁シ管腔ハ吾人ガ普通他ノ諸例ニテ目擊スルガ如クニ花環狀ヲ爲サズシテ索條ニ伴ナヒ管狀ヲナスノ點ハ益々生理的肝細胞間小葉內胆道ニ一致スルモノト謂フ可キナリ(純正型的發育)

腫瘍細胞ハ約肝細胞大ニシテ骰子形乃至多角形成形質顆粒ニ乏シク細胞相互ノ境界不明ナリ內ニ良染セル圓形卵圓形比較的大ナル核ヲ有シ核膜著明ニシテ內ニ二三ノ核仁ヲ容レ數多ノ正型違型的核分剖像ヲ見ル殊ニ分芽狀態ニ有ルモノヲ明カニ學ビ得ル適例ニシテ核仁ト同樣小塊ノ大核ニ附着シ分芽セントスル者

カニ分劃セラレ質軟弱ニシテ割面ニ膨窿シ變性壞死出血甚シク海綿狀造構ヲ呈ス內ヲ走行セル門脈左枝管壁ハ全ク破壞セラレ又腔內ニ突出セル腫瘍質アリ左枝ハ其細小分枝ニ至ルマデ腫瘍質ニテ充塞セラレ此等門脈栓塞ノ多少ニ從ガヒ門脈行路ニ一致シ多數ノ粟粒米粒大深黃ナル結節群簇的ニ發生シ殊ニ左葉及右葉ノ左半部ニ著シ又右葉陷凹部ハ結締織ノ增殖特ニ多ク硬靱ニシテ其周邊ニハ大豆大ノ丘狀及結節狀窿起アリ何レモ中心變性軟化ニ陷ルト雖モ表面ニ癌腫ヲ有セズ門脈右枝ハ所々栓塞質ヲ容ル、アリ

肝臟ハ鬱血ト黃疸色ヲ呈シ暗綠褐染シ被膜隨所ニ肥厚シ割面グリソン氏鞘ノ肥厚著明ナルモ不整ノ增殖ヲ示ス小葉ノ大小不同不整ニシテ輪狀ナラズ又肉眼的結節狀增生ヲ認メズ肝門部門脈幹ノ內膜多少肥厚ス肝靜脈ニ異常ナシ太キ胆管胆囊モ亦同ジ

○顯微鏡的所見

(I)腫瘍ノ造構

先輩草間學士ニ倣ラヒ兩葉ノ諸所ヨリ十數個ノ切片ヲ截取シ檢索セリ其所見ハ殆ンド全ク同學士ノ曩キニ報告セル所ト一致ス故ニ其要點ヲ揭ゲント欲ス切片

互ニ壓迫ヲ蒙リテ上記ノ者ニ比シ著シク萎縮細小トナリ又屢々脂肪變性ヲ示シ腫瘍浸潤或ハ其ノ壓迫ノ爲メニ胞巢間血管ノ交通遮斷セラレタルニ因スル擴汎性實質島ノ全部壞死ヲ認ム可シ Van Schnieden ガ「實質血管ヲ有セズ故ニ壞死變性シ易シ」ト記セルハ是等ノ像ヲ見テ憶斷セル者ナル可シ即チ組織ハ顆粒狀又同樣質トナリ軟化液化シ毛細管ノ破綻—出血又此ニ伴ナヒ所々大ナル軟化空洞ヲ作ル者少ナカラズ斯ル變狀ハ普通ニ大ナル結節又ハ原發竈ラシキ部分ニ於テハ最モ著明ニ見ル所ノ變狀ナリ尙ホ又大ナル血腔内ニ栓塞的ニ發育セル腫瘍質ニ在リテモ同樣ノ變化ヲ追究スルコヲ得可ク即チ間質毛細管ト實質胞巢索條トノ發育及ビ量的關係ノ互ニ權衡ヲ保テル者ニ在リテハ腫瘍ハ健態ニ止マル者多シ反之如上實質ノ增殖毛細管ノ發育ヲ凌駕セル者ニ在リテハ壞死變性ヲ免レズ出血モ亦殊ニ此種ノ栓塞性結節ニ屢々又多ク見ル所ナリ

(腫瘍間質)各腫瘍分野ヲ境界スル間質結締織ハ内ニ壓排萎縮セル彈力纖維輪ヲ存スルヨリ推量スルニ何レモ既存ノグリソン氏鞘ノ肥厚セル者ニ係ハル間々此レト無關係ノ間質索條ノ實質分野内ニ走行セルアリ此等間質ハ多クハ幅廣クシテ幼若結締織ヨリ成リ少數ノ小圓形細胞ヲ浸潤シ又萎縮セル遺存肝組織ノ網狀索

アリ多クハ單核ナレモ二三核ヲ有スル者稀ナラズ尙腫瘍細胞中ニハ多數ノ多核巨態細胞ヲ藏シ其細胞ノ周圍トノ關係乃至核ノ性狀ヨリ推スニ腫瘍細胞ノ融合ニ由リテ生ズル(退行性ノ)モノト細胞體ノ分割核分割主トシテ違型的)ニ平行セザルニ由ル(進行性ノ)モノトアリ概シテ前者ハ後者ニ比シテ核數頗ル多ク主トシテ變性部ニ多シ(後揭尙ホ吾人ガ惡性腫瘍內ニテ目擊スル細胞體及核ノ諸種退行性病變(空胞生成核融解「ヒペルクロマトーゼ」等)ヲ認ムルヲ得可シ

尙ホ腫瘍細胞ヲ精細ニ檢スレバ上記管狀腺腔內ニ胆色素塊アルハ既記ノ如シ細胞體內ニモ殆ド同樣ノ帶綠褐染ノ細色素顆粒ノ封入セラル、者多シ概シテ曰ヘバ腫瘍實質胞巢ノ中心部ニ占坐セル細胞ニ於テ著シキヲ見ル而シテ斯ル胆汁鬱積ノ特ニ顯著ナル所ニ在リテハ其ノ自家中毒ニ因スル一定數ノ細胞群ノ變性壞死ヲ呈シ其所丈ケ他ノ所ニ比シテ明性(脂肪變性?)ニ見ユル者モ少ナカラズ

此レ腫瘍ノ造構ナリ到處殆ンド同樣ニシテ誤ラズト雖モ細胞索條ノ增殖熾ンニシテ間質タル毛細管網ガ茂生ニ隨伴セズ寧ロ增殖セル胞巢ノ群簇ヨリナル實性腫瘍分野モ廓大ヲ强ウシテ檢スレバ細胞ノ間ニ所々細狹ナル內被細胞ノ單列乃至二列ノ僅カニ走行セルヲ認ム可シ斯ル增殖盛ンナル所ニ一致シ腫瘍胞巢ハ相

ベクシテ何等其間ニ移行像ラシキ者ヲ認ムル能ハズ即肉眼的ニ見得ル大小諸結節ハ何レモ皆轉移ナリ唯々原發竈ニ於テノミ而カモ發生ノ初期ニ於テノミ見ラル可キ移行像ハ遺憾乍ラ全ク認ムルコヲ得ズ

(II)肝組織ノ性狀腫瘍結節ノ周緣部ニ於ケル肝小葉ノ萎縮間質ノ增殖セルハ既記ノ如シ一般ニ肝組織グリソン氏鞘ハ著シク肥厚シ小葉ヲ圍繞スルモノナレドモ少數ノモノハ小葉內ニモ進入シテ中心靜脈ニ達スルモノアリ間質ハ一般ニ陳舊ノ狀ヲ呈シ殊ニ其中軸ニ於テ而カリ所々圓形細胞浸潤毛細管ノ擴張ヲ伴ナヒ幼若結締織細胞ノ增殖セルモノアリ而シテ間質ノ陳舊ナルト幼若ナルトヲ不問殊ニ甚敷肥厚セルグリソン氏鞘中ニ無數ノ如上蟲卵疊々トシテ存在セリ殊ニ蟲卵ハ肝ノ被膜直下又ハ粗大ナル鞘中ニ多量ニ存在シ門脈細枝ノ壁又結締織間隙ニ存シ又ハ全ク細血腔ヲ栓塞箝入セル者アリ然レモ小葉內毛細管又ハ中心靜脈壁ニ占座セル者ハ殆ンド此ヲ見ズ概シテ間質ノ增殖ノ度ハ蟲卵ノ多寡ニ比例シテ增殖セルヲ見ル蟲卵ノ周圍ニ所々炎性組織ノ新生ヲ見レモ特ニ蟲卵性異物結核竈ヲ見ズ

胆管細胆管共ニ擴張シ又ハ壓搾セラレ上皮細胞ハ何レモ萎縮ヲ呈シ肥大增生ノ

(僞性胆管像)ヲ封入ス (Kelsch—Kiener) 尙ホ顯著ナルハ間質結締織内ニ無數ノ日本住血吸蟲卵ヲ有スルコトニシテ何レモ多數集簇性又ハ散蔓性ニ存在セリ該蟲卵ハ新鮮ナル者殆ンド無ク内容ハ何レモ「ヘマトキシリン」ニヨリ濃紫染シ(石灰沈着)顆粒狀ヲ呈ス(鹽酸注加ニヨリ炭酸瓦斯ノ泡沫ヲ發生セリ)而シテ間質ノ實質ヲ界スルヤ概シテ限界劃然トシテ間質ハ壓排ヲ蒙ムリテ後者ヲ輪狀ニ圍繞セリ然レドモ腫瘍結節ノ少シク大ナルモノニ在リテハグリソン氏鞘又ハ結節内ヲ走行セル間質索條ヨリシテ嫩弱ナル結締織細纖維ハ各胞巢間毛細管網ニ隨伴シツヽ深ク腫瘍内ニ侵入シツヽアリ爲メニ間質ト實質トノ限界而ク判然タラザル者有リ尙肝臟内ニ散點セル小結節ノ小ナル者ニ在リテハ腫瘍ノ特有ノ像ヲ示スニ至ラズシテ一見紡錘狀細胞肉腫樣ニ見ヘ二三ノ毛細管此内ヲ貫通スルアルノミナレドモ少シク大ナル者ニ在リテハ前記ノ特徵ノ造構ヲ示シ何レモ圓形又ハ三癒合シテ不規則ノ形ヲナシテ一方所々門脈内腫瘍栓塞質ト連絡セルモノアリ何レモ周圍ノ肝組織ヲ壓排シテ扁平トナラシメ又ハ個々ノ細胞索間ニ介シテ浸潤性ニ增殖シ爲メニ肝細胞索ハ細狹トナリテ腫瘍質内ニ封入セラルヽモノアリ假令「オランヂG.」染色法ニ據ラズトモ腫瘍細胞ト肝細胞トノ形態染色性ニ雲壤ノ差ヲ見ル

本例ハ曩キニ先輩草間滋學士ガ本業報癌(第一年第二冊)ニ於テ「日本住血吸蟲症ニ於ケル實質性肝癌ノ一例」テフ論題ノ下ニ極メテ精細ニ報告セラレタル者ニシテ今又タ余ノ喋々ヲ要セズ故ニ唯所見ノ考按ヲ抄錄セント欲ス

本例ハ五十一歳男子ノ肝臟ノ恐ラク右葉左側ニ原發セル實質性癌腫ニシテ主トシテ門脈系ヲ介シ兩葉就中左葉ニ廣汎性ニ轉移ヲ來セル者ナレモ唯肝臟自家ノミニ限局セラレテ爾他諸臟器ニ一ツノ轉移竈ヲ見ズ其組織的所見モ此レニ準ジ全ク從來記載セラレタル肝實質性癌—寧ロ腺腫等ノ正型的發育ヲトリタルモノニ係ハリ主トシテ其造構ハ第一例ニ酷似シ單列乃至二三列ヨリ成ル腫瘍細胞ノ索條ハ網狀ニ吻合シ內ニ長徑ニ一致セル細狹管腔ヲ圍繞シ管腔內ハ勿論細胞體ノ內ニモ亦胆色素顆粒ヲ容ル、等殆ンド全ク生理的肝組織ト撰ブ所無ク他ノ諸例[圓形多角形ノ實性胞巢狀ヲナシ又ハ花環狀腔ヲ包擁スル者等]ニ比シテ甚ダ珍奇ナルヲ想ハシム

勿論此種ノ正型像ハ實質性肝癌ニ特有ナリト云フニ非ズシテ良性ナル腺腫又ハ結節狀增生等ニ於テモ殆ンド常規トシテ見ラル、所ナリ然レモ本例ニ於テハ腫瘍細胞ハ頗ル違型的核分剖像ヲ示シ多數ノ多核巨態細胞ヲ有スルノミナラズ好

像ナシ」

（實質）ハ一般稍強キ充血ト高度ノ胆汁鬱積ヲ示ス從ツテ細胞索條竦鬆ニ見ヘ細狹トナリ又ハ腫瘍ニ於ケルト同樣胆汁鬱積ノ殊ニ甚シキ部丈ケ限局性ニ脂肪變性壞死ニ陷リ（明斑）タル者ヲ認ム可シ然レモ細胞索ハ一般ニ多少生理的細胞ヨリ肥大ノ狀態ヲ呈シ間々結節狀增生ニ似タル像アリ實質ハ鬱血及胆汁鬱積ニ因スル脂肪變性ヲ示シ又間質ト共ニ全ク染色力ヲ失ヒ擴汎性ニ單純壞死ヲ呈シ純赤染セル同質ノ壞死物質トナリテ僅カニ昔ノ面影ヲ存スル者アリ間々斯ル者ノ內ニ出血ヲ見ル（間質）モ亦或ハ硝子樣トナリ或ハ水腫狀—粘液樣ニ變性セル者アリ胆色素顆粒ヲ攝取セル白血球ノ膨大セル者ヲ封入セルアリテ頗ル複雜ノ像アリ此等ノ退行病變ハ何レモ腫瘍ノ栓塞又ハ壓迫ニ因スル血行障害ニ歸スルヲ得可シ門脈ハ其細枝ニ至ルマデ管腔ヲ存スルモノ極メテ少ナク何レモ腫瘍ノ栓塞ヲ蒙ムレリ肝靜脈管壁ニ僅カノ肥厚アレモ他ニ異常ナシ肝動脈モ亦然リ膵臟ニハ無數ノ白聖樣米粒大ノ白斑アリ之レヲ檢スルニ稀レニ實見サル、所ノ脂肪組織壞死（Fettgewebsnekrose）ニシテ腺組織モ犯サレ有リ

○第二實例ノ所見總括及考按

適當セル者ナル可シ脾腫胃腸ノ水腫及鬱血性加答兒等又タ此ノ慢性鬱血ニ歸因セルヤ論ナシ

（第三實例）

○解剖的診斷　原發性肝癌（貯藏標本）

○肝ノ肉眼的所見、

標本ハ「アルコホール」ニ貯藏セラレ多數ノ小片ニ截斷セラレテ精細ナル性狀ヲ窺フヲ得ズ此ヲ綜合シテ見ルニ肝表面ハ深キ溝狀陷凹ニ由リ歪形トナリ被膜一般平滑ナレドモ所々胼胝樣ニ肥厚ス表面ハ上記粗大ノ分野ノ外全肝ニ亘リ雀卵大ヨリ米粒大ニ達スル半球狀ニ膨隆セル小結節ニヨリ強ク不平顆粒狀ヲ呈シ結節ハ可成リ深キ谷ニヨリテ明カニ周圍ト境界セラル殊ニ左葉ノ大部分ハ粗大ナル結節ヲ有シ橫隔膜ト癒着性纖維束ヲ有ス

割面ヲ見ル全肝ハ殆ンド全ク上記米粒大ヨリ約蠶豆大ニ達スル結節ニ由リテ占有セラレ所々萎縮細狹ナル肝實質ヲ認ムルノミ腫瘍ハ到處同樣ノ造構ヲ有シテ灰白半透明ノ結締織網ト網眼內ニ封入セラルヽ灰白渾濁セルザクザクセル物質ヨリ成リ胞巢ノ大小一定セズ結節ハ大ナル者ハ實質脆弱トナリ軟化脫却シテ跡

ンデ門脈系ヲ介シテ諸所ニ轉移ヲ來ス等ノ諸點ハ已デニ此レヲ以テ良性腫瘍トスベキニ非ズ腫瘍ノ造構ガ索條狀ニシテ最モ生理的肝組織ニ酷似セルト轉移竈ノ肝臟內ニノミ限局セルコト等ヲ參酌シテ余ハ本例ヲ以テ腺腫性癌ノ殊ニ惡性腺腫ト謂フ方適當セルヤモ知レズト思フナリ而シテ偶々本例ニ於テハ日本住血吸蟲卵栓塞ノ結果ト見ラル可キ寄生性肝間質炎ガ嘗テ肝臟內ニ行ハレ加之會々患者幼年來大酒客タリシコトハ直接又間接ニ肝間質炎ニ影響アリシニ相違ナカラン兎ニ角蟲卵又ハ「アルコール」飮用ノ刺戟ニ基ヅケル間質炎ノ爲メニ他働的退行變性行ハレ殘存セル實質島ノ再生增生肥大ヲ來シタル事實アレバ本例ノ如キモ從來多數ノ學者ガ肝硬變ヲ以テ癌腫發生ノ主因ナリト唱導セルニ鑑ミ以テ癌發生ヲ促シタル原發的病變ト認ム可ク即チ本例ニ在リテハ日本住血吸蟲々卵栓塞性又ハ「アルコホール」中毒性間質炎等ハ間接的癌腫發生原因ナリト謂フ可キ者ナルヿ草間學士所論ノ如シ

次ニ本例ノ發病後ノ經過ハ比較的短小ニシテ約七ケ月ニシテ死ノ轉歸ヲ執レリ病歷ニ徵スルニ腫瘍ハ漸次增殖ヲ逞フセシモ黃疸腹水等ノ壓迫現象ハ死ノ約二ケ月前ニ表ハレタルナリ是レ會々右門脈枝ノ腫瘍ニテ栓塞セラレタルノ時期ニ

包埋ス常ニ内被細胞列ヲ以テ被覆セラル換言スレバ上記實質小胞巢間々質ハ明カニ毛細管網ヨリ成ルコヲ知ル而シテ胞巢ノ或ル者ハ實性ノ者無キニ非ズト雖モ好ンデ中央ニ強ク擴張セル單一又ハ數多ノ腺管腔（縱斷セラレタルモノ少ナク橫斷セラレタルモノ多シ）ヲ有シ管腔內ニハ強ク光線ヲ屈折セル帶褐赤黃染硝子樣凝固質ト剝離セル上皮細胞ヲ容ル

（腫瘍細胞）上記管腔ヲ圍繞セルモノハ多クハ單層低圓柱狀又ハ擴張セル者ニ在リテハ壓迫扁平狀細胞ヨリ成リ管腔ニ面シ僅少ノ Cuticularsaum ヲ冠ス而シテ實性胞巢ノ數列ノ細胞ヨリ成ル者ニ在リテハ周邊毛細管ニ直接占座セル者ニ限リ同ジク低圓柱狀ヲナシ追々ト胞巢ノ中心ニ進ムニ從ヒテ相壓迫セラレテ骰子形多角形トナル細胞ハ生理的肝細胞ニ二三倍シ約等大ノモノニシテ細胞膜著明ナラズ最モ肝細胞ニ類シ元形質顆粒ニ富ミ「エオジン」ニヨリテ濃赤染ス併レモ褐色調ヲ有セズ胆色素ラシキ者ヲ認メズ殊ニ中央ニ花環狀ヲナセル者ニ在リテハ主トシテ其基底部ニ近ク圓形卵圓形ノ大核ヲ有シ單核ナレモ間々二三核ヲ有ス核膜著明ニシテ核材ニ富ミ一二ノ核仁ヲ容レ分割像ハ少數ニ不明瞭乍ラモ追究スルコヲ得タリ但シ巨態細胞ヲ見ズ

ハ特有ノ海綿狀造構ヲ成ス腫瘍ノ就中陳舊竈ト思ハル、左葉ノ中部ヨリ左緣ニ亘リテ他ノ所ニ比シ胞巢ハ大ニシテ軟化シ餘計海綿樣ナリ

右葉ノ左側ニ僅カ殘存セル肝組織ハ總テノ性狀輪狀肝硬變ニ一致シ實質ハ實性ニシテ約小豆大ノ結節狀ニ增生シ質硬シ內ニ多數ノ餘計脆弱ナル轉移結節ヲ有ス間々此等結節群ノ間ニ僅カ同心性ニ萎縮セル實質ヲ殘存ス

肝門部ヲ缺ク故ニ門脈幹ノ性狀不明ナリト雖モ門脈分枝ハ到所腫瘍ザクザク質ヲ以テ栓塞セラレ又大ナル血腔內ニ將ニ破綻セントスル者アリ大胆管胆囊ノ性狀不明ナリ肝自家轉移竈アル外ノ詳細ナル記載ヲ缺ク

左葉ノ後緣ニ於テ腫瘍ハ被膜ヲ突破シテ左肝三角靭帶內ニ浸潤シツヽアリ

○顯微鏡的所見

(I)主腫瘍ト見ユル左葉陳舊竈

「エオジン」ニテ淡赤染セル細粗ノ結締織性間質索條ハ濃紫赤染セル粗鬆ナル腫瘍實質ヲ大小種々ノ正圓橢圓形ノ小島ニ分劃ス實質小島ハ所ニヨリ粗密一樣ナラズト雖モ正圓長圓多角形ノ時トシテハ長索條形圓柱狀又ハ葉狀ヲナセル小實質胞巢ト此ヲ圍繞限界スル空隙トヨリ成リ空隙內變形セル血球及少數ノ腫瘍細胞ヲ

鞘ハ遺跡ナルヲ想像セラル、次ニグリソン氏鞘ニ反シ幼若疎鬆ニシテ内ニ僞性胆管強度ニ萎縮セル肝細胞索及所々ニ擴張セル毛細管又小圓形細胞浸潤ヲ有スル間質ハ即チ腫瘍結節ノ壓迫ニ因テ萎縮セル肝小葉ヲ補充セル增殖結締織ニシテ此レヨリ分派セル細索條ハ所々結節實質内ニ走行シ此ヲ又種々ノ小胞巢群ニ分劃スルナリ又間質内多數ノ大小血腔アレモ血液ヲ充實スルモノ少ナク又腫瘍ノ中心陳舊部ニ近ク一般ニ間質ハ周緣部ニ比シテ增殖肥厚シ又タグリソン氏鞘ト共ニ或ハ硝子樣緻密質トナリ又ハ粗鬆粘液樣變性ヲナス

主腫瘍内ニ封入セラル、大胆管上皮細胞皆脫離シ何等增殖ノ徵ナシ

間質ト實質胞巢群トノ關係疎ナリ常ニ内被細胞ノ二列ニ由リ明カニ限界セラレ特ニ毛細管ニ隨伴シ細織維性膜葉ノ侵入スルモノ無シ

(II) 右葉ノ右緣肉眼的ニ大ノ結節ヲ藏スル部、

大小種々ノ實質分野ハ主トシテ血腔ヲ介シ增殖シ互ニ癒合セル者又ハ肝小葉内毛細管ニ箝入發育セル腫瘍塊ニシテ何レモ周圍ノ肝組織ヲ壓排シ薄キ結締織被膜ニ由リ明カニ境界セラレ或ハ否ラズ而シテ實質胞巢ハ大體ニ於テ全ク原發竈ニ於ケルト同型ナレモ結節ノ尙幼若ナル丈ケニ多數ノ花環狀像ヲ有スル胞巢群

本例ニ於ケル花環狀像ハ他ノ實例ニ比シテ著シク饒多ナリ而シテ管腔ヲ圍繞スル細胞ハ單列ナルモノ有レドモ間々數列ヨリ成リ又一見實性ト見ユル胞巢モ擴大ヲ强ウシテ檢スレバ極小微細ナル管狀腔ヲ二三又ハ五六包圍セルアリテ全體ノ像頗ル美麗ナリ(半正型、半違型的發育像)大ナル結節分野ノ中央部ニ於テハ胞巢ノ群簇粗トナリ細胞ハ個々ニ離斷シ崩壞セリ肉眼的脆弱ニ見ヘシハ此レガ爲メナリ而シテ實質細胞ノ大多數ハ其ノ核ニ諸種ノ退行變性ヲ認ム細胞體又脂肪變性ヲ呈ス內被細胞ノ二列ヨリ成リ胞巢ヲ直接區劃セル毛細管網ハ到所强ク擴張セリ而シテ內ニ正型ノ赤血球ヲ容ルモノ殆ンド無ク唯々無造構凝固質ト剝離セル內被細胞ヲ容ル殊ニ大ナル結節ノ中央部ニ著シキヲ見ル又タ少シク太キ實性索條狀胞巢ノ所々ニヨリ微細ナル毛細管ノ分芽狀ニ派出進入セルモノ少カラズ

(間質ノ性狀)腫瘍小結節分野ヲ直接圍繞セル一見硝子樣ニ見ユル間質ハ內ニ彈力纖維ノ細片ヲ容レ壓迫萎縮セル大小種々ノ胆管ニ近接シテ存スルヨリ推察スルニ栓塞性結節タルコヲ知ル而シテ此陳舊緻密ノ結締織索條ハ內ニ上記胆管ノ外同樣ノ腫瘍胞巢群ノ浮遊セル細大種々ノ血腔ヲ包埋セルヨリ明カニグリソン氏

間質強ク增殖シ單葉又多葉ニ實質ヲ輪狀ニ分劃シ明カニ輪狀硬變像ヲ呈ス內ニ多量ノ小圓形細胞浸潤ト增殖セル小胆管ヲ五六封入セル幼若結締織ニシテ實質分野ヲ圍繞スルノミナラズ尙深ク小葉ノ周邊ヨリ侵入增殖ス從ツテ小葉ハ多數ノ細胞索群又ハ個々ノ細胞索又細胞ニ分離セラレ強ク肥厚セル間質內ニ點々トシテ存在ス

實質ハ各細胞間毛細管ノ強ク擴張セルト間質ノ進入實質ノ離斷ヲ恣ニスルガ爲メニ一見粗鬆ニ見ユ中心靜脈ノ存在全ク不明ナリ從フテ細胞索ノ配列ハ規則正シク放射狀ヲナサズ又タ小葉ノ大ナル者ト個々ノ細胞ニ離斷セラレタルモノトヲ不問肝實質細胞ハ殆ンド皆強キ肥大增生像ヲ示シ個々ノ細胞ハ生理的肝細胞ニ比シ約四—五倍大ニシテ成形質饒多ナレ𪜈褐色調ヲ有セズ核亦頗ル大ナリ正型的分剖像不明ナレ𪜈一個乃至多數ノ核仁ヲ有シ多核ノ者アリ又違型的分剖ニ富ム斯ル肥大セル細胞モ好ンデ中央ニ細狹ナル管腔ヲ有シ內ニ帶黃褐染セル凝固質ヲ容レ花環狀像ヲ呈ス

併シ乍ラ結節ノ多數群簇的ニ集團セル間ニ介在セル實質ハ強ク萎縮シ結締織此ニ代ハリ細胞索ハ僞性胆管トナル斯ル肥大增生竈ノ全ク脂肪變性ニ陷レルモノ

ハ相吻合性ニ連結シ恰カモ「うまごやし」形ヲ成シタル者多ク殊ニ肝ノ被膜下小結節ニ於テハ二列乃至三四列ノ強ク迂廻吻合セル細胞索條ヨリ成リ(正型的發育像)テ恰カモ生理的肝小葉ノ如シト雖モ細胞型ノ全ク此レト異ナルト中心靜脈ヲ缺除シ放線狀配列ナク而カモ細胞索ハヨリ太クシテ核ハ主トシテ其ノ邊緣ニ占座セル等ニヨリ健態肝小葉ト區別スルヲ得殊ニ「オランデG」染色法ニ據ル時ハ尙ホ明カニ區別スルヲ得可シ又各胞巢ヲ圍繞セル擴張セル毛細管內全ク空虛ナリ

(III) 右葉ノ結節狀增生部

肉眼的結節狀增生ト見ユル所ハ鏡下ニハ肝臟內ニ散點スル多數ノ小腫瘍分野ナリ毛細管網ニテ圍繞セラルヽ實質胞巢ハ前揭ノ者ト異ナリテ多クハ實性三四列乃至五六列ノ細胞索ヨリ成リ好ンデ生理的肝細胞索ノ如クニ網狀ニ吻合シ細胞索條胞巢ノ太サハ前揭ノ者ニ比シ遙カニ狹小ニシテ(正型的發育)配列ハ密ナリ而カモ胞巢ノ圓形卵圓形多角形ノ看無キニ非ズト雖モ彼レト異ナリテ花環狀像管腔ヲ圍繞スルモノ極少數ニシテ全體ノ像ハ全ク肝組織ニ類シ唯其ノ染色配列ノ異常ナル點ニ於テ明カニ此レト區別セラル

(IV) 肝組織ノ性狀

ヤトノ感ヲ與ヘタルニ過ギズ原發竈ニ於テノミ吾人ガ窺知セラル可キ腫瘍細胞ト肝細胞トノ移行像ハ勿論如上ノ諸轉移竈ニ見ラル可クモ非ズ假令小葉内ニ封入セラレ兩組織ノ各小葉ノ一角ヲ占座セル者ニ在リテモ諸種ノ關係上皆轉移竈タルニ於テ一致ス即チ遺憾乍ラ腫瘍發生ノ狀況ヲ窺フ能ハズ

グリソン氏鞘内稍大胆管ハ萎縮ノ狀態ニ在リ所々毛細管ハ多數擴張シ相集マリテ竇狀血管腫樣像ヲ呈スル者アリ又其肝靜脈タルト門脈血腔タルトヲ不問殆ド總テノ靜脈ハ如上同樣ノ腫瘍質ニヨリ栓塞セラレ胞巢間毛細管網ハ既存ノ血腔内被細胞列ニ連絡セル者アリト雖モ殊ニ原發竈ニ近キ所ノ門脈内栓塞ハ血管内膜ヨリ毛細管網ニ沿ヒテ結締織ノ薄葉ノ漸次實質胞巢内ニ侵入シ此レヲ組織化セントシツヽアリ此等栓塞質ハ間々管壁ヲ突破シテ周圍ノ小葉内腫瘍竈ト連續セルモノ少ナカラズ

○第三實例所見摘要及考按

肉眼的所見ヨリシテ本例ハ Hanot—Gilbert ノ所謂 Cancer avec cirrhose 又ハ Thorel ノ所謂 Cirrhosis carcinomatosum ト稱ス可キ型ノ適例ニシテ全肝ニ亘リ米粒大ヨリ蠶豆大ニ達スル周圍トハ明カニ境界セラルヽ小腫瘍結節ヲ密生シ殆ンド其間ニ健存

アリ

小葉ノ周緣部ニ於テ細小膽管稍甚シク增殖シ管腔ハ擴張シテ花環狀ヲ呈シ一方肥大セル肝細胞ニ他方小膽管ニ移行ス

(V) 腫瘍結節ト肝組織トノ境界層

結節大ニシテ周圍ノ肝組織ヲ壓排萎縮セシムル者ニ在リテハ腫瘍質ハ或ハ擴大性ニ增殖シ又ハ浸潤性ニ肝細胞索間毛細管ヲ介シテ進入シ兩者ノ關係全ク疎ナリ而シテ乍ラ小葉ノ間ニ所々腫瘍ト同型ノ細胞索ノ二三介在セル者又ハ同ジ分野內ニ腫瘍質ト肥大セル肝實質ト相並ビ存在セル者ニ於テハ兩種ノ細胞索ハ極親密ニシテ同一索條ノ一端ハ腫瘍性ノ者他端ハ肥大セル又壓迫萎縮セル肝細胞性ノ者アリテ漸次移行セルガ如ク見エ然レモ斯ル部ハ極々稀少ニシテ「ヘマトキシリン」「オランヂG」染法ハ勿論通常染法ニ據ルモ尙兩者ノ關係ノ全ク疎ナルコヲ發見スルナリ即チ細胞索ハ受働的ニ壓迫ヲ蒙ムリ漸次萎縮ノ狀態ニ在リ唯移行像ノ有無ヲ思ハシメタル理由ニ至リテハ肝細胞索ハ一般ニ肥大シテ腫瘍細胞ヨリ遙カニ大ナルガ爲メニ腫瘍ノ浸潤壓迫ニ因リテ幾分カ其容積ヲ縮小スルト雖モ尙腫瘍細胞大ニ比ス可ク從ツテ兩者ノ關係不明トナリ恰カモ移行像アルニ非ズ

テノ所見ハ全ク上記右葉ノ諸轉移結節ト異ナリテ細胞群ハ最早索狀又網狀ニ吻合スル性質ヲ失ヒテ何レモ圓形、卵圓、多角形乃至ハ圓鑄狀ヲナシ草葉狀ニ吻合セル者モ全ク稀少ナリ各毛細管網ニテ圍繞セル實質ハ其中央ニ強ク擴張セル(間々然ラザル)一二ノ腺管腔(主トシテ圓形ノ)ヲ包擁シテ最モ顯著ナル花環狀像ヲ呈シ單列乃至二三例ノ細胞此ヲ被覆シ血管腔ハ全ク其ノ個々ノ者ヲ限界セルモノアリ而シテ腫瘍細胞ノ性狀ハ何レノ所ヲ問ハズ皆同型ノ者ナレモ此等ノ諸像ノ間ニハ漸次移行セルコヲ認ム可シ

由是之ヲ觀レバ腫瘍ノ發生上尚幼若ナル者ハ肝組織ニ類スルモ時ヲ經ルニ從ヒ漸次違型像ヲ示スニモセヨ爾他違型的ニ發育セル肝癌例ノ如クニ太キ實性索條乃至胞巢ヲナシ殆ンド常規トシテ其中央部ニ壞死變性出血ヲ將來スル者ト異ナリテ毛細管ニテ圍繞セラルヽ實質細胞群ハ生理的肝細胞ニ酷似セル細胞ヨリ成リテ內ニ生理的見易カラザル最小胆道ノ特ニ擴張シ全腫瘍全ク擴張セル血腔內ニ浮游セル花環狀ニ配列セル實質胞巢ヨリ組成セラルヽニ至ル此點ハ他ニ類例少ナク實ニ本例ニ於テ特有ナル所見ナリトス

實ニ本例ニ見ルガ如キ毛細管ニテ圍繞セラルヽ花環狀像ハ殊ニ肝ノ結節狀增生

肝組織ヲ見ズ腫瘍ハ到處同樣ノ造構ヲ呈シ脆弱ナルザクザク質ヲ示シ輪狀肝硬變兼結節狀增生ヲ呈スル肝臟トノ區別判然タラズ然レモ就中左葉ノ中央部ハ比較的陳舊ニシテ腫瘍實質ノ頽廢稍他ニ比シテ强ク而カモ門脈分枝內ニモ同樣ノ栓塞質ヲ充滿セル以上爾他肝組織內ノ無數ノ小結節ハ到處ニ結節狀增生ヨリ生ジタリト認ム可キニ非ズシテ轉移性ニ發育シタル繼發的ノ者トシテ過ナカル可シ實際鏡檢上ノ結果モ亦全ク同一ニシテ肥大增生セル肝實質ト腫瘍質トノ間ニ從來唱ヘラレタルガ如キ移行像ヲ見ズ寧ロ此ヲ壓排シ發育セルノ像ヲ見ルナリ然リ而シテ本例ニ於テ顯著ナルハ腫瘍ノ所ヲ異ニシ又タ發育時期ヲ異ニスルニ從ガヒ諸階級的變型(造構上ノ)ヲ採ルニシテ比較的幼若ナル又稀少ニ配列セラレタル右葉部ノ小結節ニ於テハ最モ能ク生理的肝組織ニ酷似シ單列乃至二三列ノ細胞束ハ網狀ニ吻合シ毛細管腔ニ由リ相互ニ限界セラレ中ニ極少數ノ花環狀像ヲ呈スルモノ有ル等正型的發育ヲ遺憾ナク發揚セルナリ尙右葉ノヨリ大ナル結節ニ於ケル所見ハ大體ニ於テ上記ノ者ニ類スレモ極短小ナル實性又多數ノ花環狀細腔ヲ包擁セル細胞群ハ相集マリテ集落狀ニ結合シ恰カモうまごやし葉狀ヲナス腺小葉ニ似テ稍々正型像ヨリ違背シ來リ尙中心陳舊部ト思ハル、所ニ於

的增生ハ現今モ尚ホ熾ンニ行ハレツヽアル者ナリ勿論茲ニ檢索セラレタル部位ニ於テハ腫瘍ノ發生當初ノ有樣ヲ鏡下ニ指適スルヿ能ハザルモ如上輪狀間質炎及結節狀增生ノ尚ホ旺盛ヲ極ムルモノ有リ且ツ腫瘍ノ造構ニ於テモ細管網ノ著明ナルハ勿論特ニ花環狀像ノ頗ル美麗ニシテ大ナルハ結節狀增生ニ常ニ見ラルヽ所アルト同時ニ本例ニ共存セル結節狀增生モ亦酷似セル花環狀像ヲ呈シ幼若結節ノ實質細胞ト其造構トハ增生的肝實質ト往々鑑別シ難キ迄デニ相似タル者アルニ加フルニ瀰蔓性發生狀態等ヲ綜合シテ考フル時ハ本腫瘍ハ肝硬變ニ繼發セル結節狀增生ヲ以テ始マリ次グニ腺腫形成ヲ以テシ遂ニ惡性腺腫性癌ニ變ジタル多中心性發育ヲ示セル實質性肝癌ノ正型ト認メテ可ナランカ

（第四實例）——今村氏報告例——

江守某　五十四年女（外科）

○臨床的診斷　肝硬變症

○解剖的診斷

(一)原發性實質性肝癌

(二)脾腫（鬱血脾）

乃至ハ肝實質性腺腫ニ著シク見ラル、所ノ者ニシテ肝癌ニハ比較的稀少ナリ故ニ生理的肝組織ノ如キ網機ヨリ違背シテ斯ル像ヲトレバトテ直ニ斯ル腫瘍ニ向ツテ癌腫テフ惡名ヲ附スルハ顧慮ス可キモノナリ而ラバ實質性腺腫トス可キカト謂フニ細胞ノ性狀及腫瘍ノ血管系ヲ介シ轉移ヲ來セル等ハ以テ而ク良性ノ者トナシ難シ此點ヨリシテ余ハ本例ニ於ケル腫瘍モ亦タ「肝實質細胞ヨリ發生セル惡性腺腫」テル可シト信ズ

肝臟ニ於ケル輪狀間質炎ハ尙ホ嚴ンニ行ハレツヽアル者ナリ又此レニヨリ荒蕪セラレタル實質小島モ亦肥大增生ノ域ニ在ルコヲ示ス即チ肉眼的ニハ結節狀ニ膨隆シ鏡下ニハ個々ノ細胞ノ肥大分割ヲ示シ内ニ多數ノ多核巨態細胞ヲ容ル而シテ細胞束ハ幅廣ク花環狀像多ク而カモ實質島内中心靜脈ヲ缺除スル等ノ諸點ニ於テ生理的肝組織ト區別スルコヲ得可ク益々肝實質ノ頽癈ニ繼發セル結節狀增生タルコヲ想ハシム尙ホ間質ト實質島ノ移行帶ニ於テハ生理的見易カラザル最小胆管增殖シテ一方肥大セル肝細胞ニ他方間質内ノ小胆管ニ移行セル者アレモ此レ肝硬變ノ際ニ日常吾人ノ認ムル所決シテ怪ムニ足ラザルナリ

要之本例ニ於ケル腫瘍ノ發生ハ未ダ舊キ者ナラズ間質ノ炎性增殖又實質ノ再生

萎縮シタル肝組織ニ對シテ薄キ結締織被膜ヲ以テシ或ハ粗大ナル門脈分枝ノ經過ニ伴ヒ珊瑚樹狀腫瘍栓塞ヲ示シ此等栓塞ハ門脈壁トノ關係粗ニシテ容易ニ分離スルコヲ得又ハ固ク密着スルモノアリ腫瘍結節ハ何レモ健態ニシテ特ニ壞死變性又出血竈ヲ示サズ

門脈幹腔內明カニ層疊ヲ呈スル凝血塊栓塞ヲ認ム其一部ニ於テ固ク管壁ト癒着セリ肝靜脈稍擴張セリ

(健存肝組織)被膜稍肥厚シ質强靭割面到所充血ト極度ノ黃疸色ヲ呈シ小葉像不明ナレモ通常ニ比シテ小グリソン氏鞘ニ一致シテ僅少灰白半透明間質增殖ヲ認ムルモ彼ノレンネック氏輪狀硬變像無ク又特ニ結節狀增生ヲ見ズ小葉ノ萎縮ハ左葉ニ著シ粗大胆管ニ異常無ク肝門淋巴腺未ダ腫瘍ノ轉移ヲ來スニ至ラズ

○顯微鏡的所見

肝ノ前額面ニ平行シ兩葉ヨリ都合五ケノ切片ヲ截取シテ檢索セリ此ヲ綜合シテ記載セン

(I)腫瘍ノ造構

圓形卵圓形又不正珊瑚樹狀ニ分岐セル多數ノ大小不同ノ腫瘍實質島ハ何レモ大

(三)腹水
(四)全身黄疸
(五)慢性腎間質炎
(六)心筋渾濁
(七)右側全癒着性胸膜炎
(八)兩肺無氣狀態
(九)大網膜腹壁癒着
(十)下腿浮腫

○肝臟ノ肉眼的所見

約通常大(二三—一二—九)ナレ𪜈右葉ハ少シク肥大シ左葉ハ却ツテ萎縮ス肝被膜平滑表面ハ小ハ粟粒大ヨリ大ハ雀卵大ニ達スル大小不同黄白色潤澤質稍軟ク半球狀ニ膨隆セル粗大結節及微細顆粒ヲ呈ス肝臟ノ質概シテ強靱、割面ヲ見ルニ其主腫瘍ニ遭遇スルヿ能ハズト雖モ左右兩葉殊ニ右葉ニ於テ著シク大小不同ノ多數ノ黄灰白色渾濁セル割面アリ膨起スル腫瘍物實有リテ孤在シ又相集マリ集簇ヲナス實軟弱ナリ何レモ肝實質トノ境界急峻ニシテ壓排セラレ

ノ黄褐色胆色素顆粒ヲ藏シ核ハ比較的大細胞ノ形ニ一致シ頗ル多形多様ナリ增殖旺盛ナル層ニ在リテハ圓形橢圓形鈍圓ノ著明ナル核膜ヲ有スレ𪜈少シク遠ザカルニ從ヒ其形不正多角多稜形トナリ「ピクノーゼ」ノ初期狀態アリ核ハ染色質ニ富ミ多數ノ核仁及正型的違型的核分割像ヲ認ム此カル細胞ハ相集圓シテ實性ノ胞巢索條ヲ形成スト雖モ廓大ヲ强ウシテ檢スレバ五—六乃至二三十個ノ低圓柱狀細胞ハ規則正シク一列ニ配列シテ中央ニ細大種々ノ圓形又タ管狀ノ腺腔ヲ圍繞シ內ニ多量ノ凝固無造構物質又ハ胆色素ヲ充滿シ脫離セル上皮細胞又ハ稀少ノ白血球ヲ含有ス斯ル花環狀細腔ヲナス細胞群圓ハ規則正シク毛細管ニ圍繞セラル、正型的造構ハ殊ニ左葉ノ約豌豆大ノ轉移結節ニ屢々散見スル所タリ

如上ノ細胞ハ主トシテ小轉移竈又ハ大結節ノ周緣ニ近ク又周圍ノ肝組織內ニ遊離狀ニ索條ヲ成シテ浸潤セル增生帶ニ見ル所ノ者タリ併シ乍ラ大ナル結節ノ中央殊ニ實質細胞ノ增殖旺盛ヲ極メタル者ニ在リテハ細胞索條ハ相壓迫セラレンテ萎縮シ細胞モ核モ前者ニ比シテ遙カニ縮小シテ彼ノ「ピクノーゼ」ノ狀態ニ陷レル者アリテ明カニ退行變性ノ初期ニ在ル者ナルコヲ敎フ

此等萎縮ノ外尙ホ結節ノ大ナル者ニ在リテハ全部又其一部ニ於テ廣汎性ニ一時

小種々ノ血腔ヲ充塡シ來レル轉移結節ニシテ壓排セラレ萎縮ニ陷レル周圍肝組織トハ稀少ノ彈力纖維ヲ納ル、粗鬆ノ細太結締織被膜ニ依リ急峻ニ限界セラレ所々被膜ヲ突破シ周圍肝小葉內腫瘍質ト連續浸潤セリ

結節ハ其大小新舊ニ依リ性狀一ナラズト雖モ最モ善ク實質性肝癌像ヲ示シ各實質島ハ細胞索ト毛細管網トヨリ成リ或ハ細胞索ハ健態肝小葉內細胞索ノ如ク索狀ヲナシテ相平行シ相連續シ網狀ヲナシ(正型的像)或ハ又橫斷セラレテ圓形橢圓形乃至多角形桔梗形ノ胞巢ヲ造リ(違型的像)此等ノ索條胞巢ハ殆ンド常規トシテ或ハ擴張セル又ハ細徹ナル往々其腔ヲ失シ二列ノ細胞列トシテ存スル毛細管網ニ依リ境界セラレ又輪狀ニ圍繞セラル即チ毛細管網ハ明カニ實質胞巢ノ間質ヲ代表セリ而レモ腫瘍實質ノ增殖ノ程度ニ據リ索條及胞巢ノ大小一樣ナラズ概シテ大ナル結節ノ周緣ニ近ク胞巢索條ハ縮小シ細狹トナル中央部ニ於テモ相互ノ場所的關係ヨリ相壓迫セラレテ萎縮セルモノ少ナカラズ大體ニ於テ健態肝組織ニ酷似セル造構ヲ呈スルハ趣味アル者ト謂フ可シ

(腫瘍細胞)結節ノ大小新舊ニ依リ一樣ナラズト雖モ頗ル多形ニシテ約肝細胞大又ハヨリ小ニシテ相互ノ境界不明ナル細胞體ハ淡赤染顆粒ニ乏シク明性內ニ多量

間質ト實質トノ關係ハ急峻ナリ所々兩者ノ區別劃然タラズ漸次移行セルハ兩者何レカノ增殖他ニ比シテ勝レルニ在ルガ多數ノ者殊ニ栓塞性轉移結節ニ於テハ多クハ二列ノ內被細胞列又毛細管腔ハ兩者ノ間ニ介在シテ明カニ境界セルアリ而シテ間質內毛細管小血管ニ富ミ此レヨリ扇骨狀ニ分岐派出セル內被細胞ノ二列ハ全ク結締織ヲ伴ハズシテ各腫瘍細胞索條間ニ侵入シ相互ヲ限界スルニ役立ツ（肝組織ニ最モ善ク類似ス）

腫瘍間質內所々鐵反應ヲ呈セザル黃褐色素顆粒ノ集簇的ニ浸潤沈着セルアリ此顆粒ヲ追究スルニ一方明カニ同樣顆粒ニヨリテ全ク充實セラルヽ極度細長ニ萎縮セラルル半壞死狀ノ肝細胞ニ移行シ而カモ所々增殖セル小葉間胆管ハ強ク擴張シ內ニ同樣黃褐乃至黃綠色塊ヲ充滿スルニ依リ想像スルニ必ズヤ鬱積シタル胆色素ナル可キナリ

（肝臟組織）被膜到處中等度ニ肥厚シ被膜下小血腔內多數小腫瘍栓塞有リ幼若結締織內ニ僅少ナル圓形細胞浸潤アリ、グリソン氏鞘到處強ク肥厚シ肝實質ヲ大小種々ノ分野ニ劃ツト雖モ正型輪狀ナラズ此レヨリ細微ナル纖維來リ小葉細胞索間ヲ傳ハリテ中心靜脈ニ及ブ者モアリ

ニ單純壞死又ハ脂肪變性ニ陷リタル所多ク比較的抵抗強キ毛細管網ノミ尙昔ノ面影ヲ存スル者少ナカラズ或ハ實質ハ勿論血球モ共ニ變性シ多量ノ胆色素顆粒ヲ含メル脂肪樣顆癈物ト化シ色素顆粒ハ周圍ノ間質内ニマデ浸潤沈着セルアリ然レモ本例ニ於テ特有ナルハ實質性肝癌ニ頻多ニ來ルトイフ腫瘍質内出血ヲ見ザルコトニシテ必ズヤ本腫瘍ノ造構ノ大ニ肝組織ニ類シ而カモ毛細管網ハ他例ニ比シテ面ク擴張シ居ラザルニ歸因スルモノナランカ即チ毛細管網ハ殆ンド皆ナ極微細ニシテ内ニ僅少ノ赤血球ヲ容ルヽニ過ギズ而レモ所々極度ニ擴張シ大ナル空隙ヲナシ内ニ内皮細胞被覆ノ有ル腫瘍細胞ノ集團ヲ散在セルモノ無キニ非ズ

（間質ノ性狀）

結節ノ栓塞的ニ發生セル者ト小葉内ニ浸潤セル者ニ論無ク何レモ結締織被膜ヲ有シ就中餘計硝子樣ニ見エ内ニ小血管栓塞セル）ニ伴ヒテ萎縮セル小胆管及多少ノ炎性浸潤ヲ有スルモノハ既存ノグリソン氏鞘ナリ反之遙カニ粗鬆幼若結締織ハ内ニ彈力纖維平滑筋纖維又高度ニ萎縮セル肝細胞索ヲ有スルヨリ推論スルニ明カニ既存血管壁乃至ハ反應的增殖セル結締織ニ外ナラズ

入シ毛細管ヲナス内被細胞核ハ胞狀ニ肥大シ時トシテ不正的核分剖ヲ呈スルアリ然レモ未ダ内膜ヨリノ機化作用行ハレズ

肝靜脈異常無ク肝動脈内僅少ノ腫瘍細胞ヲ容ルモノアリ

○第四例所見總括及ビ考按

本例ハ曩キニ同僚今村(隼稻)氏ガ本業報(癌)第一年第二冊ニ於テ「血管内腫瘍細胞群ニ於ケル血管新生」テフ論題ノ第二例トシテ極メテ詳密ニ報告セラレタル者ニ係ハル

肉眼的ニモ組織的ニモ肝實質細胞ヨリ發生セル癌腫タルヿ疑ノ餘地ナシ而シテ左右兩葉ニ亘リ殊ニ左葉ニ於テ腫瘍ハ約等大ノ結節ノ集落ヨリ成リ何レモ周圍トハ被膜ヲ以テ急峻ニ限界セラレ特ニ主腫瘍ト認ム可キ陳舊竈ニ遭遇セズ何レモ同ジ發育時期ニ在ル者ナルガ如クシテ第五實例(齋藤某)ニ於ケルト同樣ニ寧ロ多中心性ニ一時ニ數多ノ場所ニ於テ發生シタル者ト考フルヲ當レリト信ズ而シテ門脈ハ幹枝共ニ全ク脆弱ナル腫瘍質ヲ以テ充塡セラレ兩葉ニ於ケル爾他小結節ハ何レモ此栓塞セラルヽ門脈系路ニ一致シテ發育セリ即チ轉移竈ト認メラル可キ者ナリ鏡下ニ於ケル所見ニ據ルニ腫瘍ハ概シテ生理的肝組織ヲ摸倣シ索條

肝小葉中等度ニ萎縮シ毛細管網ハ充血擴張シ殊ニ小葉ノ中心部ニ於テ細胞索ハ萎縮セリト雖モグリソン氏鞘ニ近接セル肝細胞索ハ多少肥大ニ傾ク又殊ニ肥厚セル同質内ニ包埋セラルヽ肝細胞群ハ多クハ萎縮セズシテ寧ロ生理的ヨリ肥大スト雖モ結節狀增生ノ像無ク核ハ僅カ肥大セル外異常ナシ肝實質ハ高度ノ胆汁鬱積ヲ來シ胆色素顆粒ノ沈着浸潤ノ殊ニ著明ナル所ニ在リテハ限局性斑點狀ニ多數ノ肝細胞體ハ明性トナリ核ハ健態ニ止マリ細胞體内多量ノ顆粒ヲ容ル恐ラクハ顆粒沈着ニ因スル營養障碍ニ限局性脂肪變性ナラン

グリソン氏鞘内多少ノ小圓形細胞浸潤アレ𪜈小葉ノ周邊移行層ニ於ケル毛細胆道又鞘内小胆管ハ何レ𪜈萎縮シ徐リニ增殖セズ其上皮細胞ニ何等增生像ナシ粗大胆管ノ周圍ニ結締織增生肥厚アレ𪜈上皮細胞脫離シ内ニ粘液ヲ容ルモノアリ門脈本幹ハ肉眼的所見ノ如ク殆ンド全ク層疊血栓ヲ以テ充塡セラレ中央及其一側ニ於テ僅カニ液狀血液ノ通過ヲ許スノミ一方壁着性ニ腫瘍質栓塞ヲ認ム此等凝血及腫瘍栓塞ハ門脈内被細胞ト直接連續セル内被細胞ノ進入增殖ニヨル新生毛細管網ニヨリ血管新生(Vascularisation)セラレテ腫瘍ハ肝癌ニ特有ナル胞巢狀像ヲ呈シ又内膜ヨリ分芽セル新生毛細管ノ網狀束條ハ又タ血栓凝血塊内ニ深ク侵

瘍ト膽管トガ連續セリト見テ)ヲ介シテ胆色素ノ腫瘍細胞ニ實質内ニ迄モ鬱積沈着シタル者ニシテ腫瘍細胞自己ノ官能ニ據リ分泌セラレタル者ニ非ザル可シ」ト然リ兩者何レモ可能ノ事ニ屬ス然レ𪜈轉移竈内花環狀管腔ト既存ノ胆管ト交通アルコハ想像シ得可カラズ又タ血行ヲ介シテ沈着セル者トスレバ瀰蔓性ニ廣キニ亘リ腫瘍細胞ト間質トヲ不問到處ニ存在ス可キ筈ナレ𪜈事實ハ而ラズ又花環狀管腔内ニハ殆ンド常規トシテ胆汁塊ヲ容ル、等ノ所見ヨリシテ腫瘍細胞自己ノ官能ニ據リ分泌セラレタルモノトスル方頗ル穩當ナリト信ス

門脈幹部ノ血栓ハ壁着性腫瘍小塊ヲ核トシテ此上ニ層疊性ニ沈着シ發生セル凝血塊ニシテ殆ンド全管腔ヲ杜塞シ僅カニ其一方ニ流動性血液ヲ容ル、ノミ此血栓ノ性狀ハ比較的新鮮ノ者ニシテ未ダ管壁(ヨリ毛細管分芽有レ𪜈)ト癒合スルニ至ラザル型ノ者ナリ而シテ門脈本幹ハ血栓ニ直接シテ動脈瘤狀ニ擴張シ居タリト云フ即チ門脈系ノ鬱血ハ激甚ナリシニ相違無カル可ク脾腫腹水鬱血性胃腸加答兒モ亦此レニ依リテ說明スルヿ容易ナリトス

肝臟ハ肉眼的鏡檢的ニモ明カニ間質ノ增殖ヲ認メ間質内現今ハ炎性浸潤激甚ナラザレ𪜈尙ホ肝小葉内ニ侵入シ此ヲ荒廢セシメテ實質ヲ種々ノ大小分野ニ區劃

ハ吻合シテ網條ヲ成シ細胞ハ不等大ナレ𪜈特ニ多核巨態細胞無ク比較的明性ニテ花環狀腔内胆色素ヲ容レ又細胞内ニモ此ヲ認ムル等全ク正型的腺腫樣造構ヲ呈スルニ特有ナリ然レ𪜈精細ニ檢スレバ所々腫瘍内ニモ毛細管ニテ圍繞セラルヽ實質ハ幅廣クナリテ實性トナリ違型的像ヲ示ス者アリ又門脈内ニ破綻シテ諸所ニ自家轉移ヲ將來セル等單純ノ良性腺腫トス可キ者ニ非ズ併シ乍ラ實質性肝癌トシテモ尚且ツ比較的良性ナル者ニ近クシテ(一)肝細胞自家内轉移ノミニシテ最モ頻多ニ來ルトイフ肝門其他淋巴腺内ニモ亦肺臟ニモ何等轉移竈ヲ見ズ全ク肝臟ノミニ限局セルニ(二)又諸轉移竈ニ於ケル造構ハ癌腫トシテモ正型的發育ヲ表ハシテ血管網ト實質胞巢索條トノ割合署ボ權衡ヲ保チテ增殖シ結節ノ少シク大ナル者ハ中央部ニ壞死變性ヲ將來スルト雖モ尚ホ他例ニ於テ見ルガ如ク腫瘍ハ作動的ニ毛細管壁ヲ突破シテ出血セルモノ殆ンド皆無ナルニ等ニ鑑ミ本例ニ於ケル腫瘍ハ原發性肝癌トスレバ比較的良性ナルモノナリ組織細胞ノ性狀ヨリシテ寧ロ惡性腺腫ト癌腫トノ中間ニ屬スル者ニ非ザルカ

本例ニ於テ黃疸ハ肝ノミナラズ全身ニ表ハレタリ人或ハ言ハム「肝實質内ニ於ケル胆汁ノ鬱積甚シキヲ以テ全身黃疸ノ一徵トシテ血行(又ハ淋巴系)又ハ胆道系(腫

本病ノ起源ヲ尋ヌルニ昨年(明治四十年)十一月偶然上腹部ニ硬塊ヲ觸知シ其後腹部膨滿漸次衰弱ヲ來シ又右側季肋部ニ壓痛ヲ感知セリ兩足下腿ニ浮腫ヲ訴ヘ本學青山內科ヘ入院(十一月十一日)入院後試食試驗ヲ行ヒタルニ胃內容物中遊離鹽酸並ニ乳酸何レモ陰性ナリ胃ヲ膨滿セシムルニ腫瘍ラシキ者ヲ觸レズ入院後前後三回穿刺ヲ行ヒ每回三—四「リツトル」ノ漿液性黃綠色ノ腹水ヲ排出セリ(比重一〇一四—一〇一六「アルカリ」性ニシテ五—七「プロミリ」ノ蛋白有リ多核白血球多ク單核ノモノ少ナシ)二月ニ入リテヨリ腹部漸次强度ニ膨滿シ惡液性トナリ二月廿四日遂ニ鬼籍ニ入ル

○解剖的診斷(翌日解屍)

(一)原發性肝癌

(二)肝臟自家及兩肺內腫瘍轉移

(三)門脈幹枝內腫瘍栓塞

(四)腹水(漿液性)六〇〇〇c.c

(五)全身鬱血、鬱血性胃腸加答兒

(六)心筋褐色萎縮

セリ而シテ同時ニ肝臟内ニ稍高度ノ鬱血アルガ爲メニ小葉ノ中心部ニ於テハ細胞索條概シテ萎縮シ是レト同時ニ胆汁鬱積ハ限局性ニ所々肝細胞群ノ壞死變性ヲ將來セリ斯ノ如ク一方ニ間質ノ增殖實質ノ萎縮頽癈變性壞死ノ行ハル、結果トシテ小葉ノ周緣帶ニ於テ肝細胞ハ著シク肥大增生セリ然シ此レトテモ輕微ノ者ニシテ未ダ以テ結節狀增生テフ程度ニ達セズ又甞テ異常ノ增生ヲ爲シタル痕跡ヲモ認メザルナリ然レ𪜈本例ニ於テハ間質炎ハ明カニ存在スル若シ此間質炎ニシテ果シテ腫瘍發生ニ關與スル者ナリトセバ必ズヤ腫瘍發生ノ中心ト成リシ部ニ於テ特ニ結節狀增生ノ著シキ者有リシナル可キニハ本例發生ガ多中心性ナルノ疑有ルニ由リテ想像セラル、ナリ尤モ原發竈ニ於ケル發生ノ方法ノ詳細ハ遺憾乍ラ證明スルヿヲ得ズ

（第五實例）

齋藤某　五十九歲男（靑山内科）

○臨床的診斷　原發性肝癌

○病歷

生來健全花柳病ハ絕對的否定シ系統的遺傳更ラニ無シ又飮酒セズ

ニ剝離スルヿヲ得可シ此等門脈系ニ近接シ兩葉ニ亘リ多數ノ小結節ノ集簇ヲ認ム何レモ灰白帶黃渾濁セル者ニシテ未ダ軟化變性等ヲ見ズ表面ニハ半球狀ニ膨隆シ割面ニ於テハ壓排セラレ萎縮シタル周圍ノ肝組織ト急峻ニ界セラル

健存肝組織ハ充血シ通常ヨリ餘計褐色調ヲ加味ス小葉ハ萎縮シ大小不整ナリ間質ハ增殖セズレンネック氏硬變又ハ結節狀增生ナク唯々褐色萎縮ヲ呈スルノミ」

肉眼的ニ肝靜脈ニ異常ヲ認メス唯僅カニ擴張セルノミ門脈內栓塞所々管壁ヲ穿破シ或ハ腫瘍質ノ管腔內ニ突入シ葢狀ニ膨隆セルモノアリ肝胆管胆囊胆管總輸胆管及稍大ナル肝內胆管ニ異常ナシ

肝門淋巴腺腫脹セズ肺ニ無數ノ約豌豆大ノ稍靭ナル球狀轉移結節アリ割面肝臟ニ於ケルモノト同ジ

○顯微鏡的所見

(I)原發竈

前額面ニ平行シ數多ノ切片ヲ數ケ所ヨリ截取シテ檢スルニ切片ハ殆ンド腫瘍質ヨリ成リ紫赤染セル大小種々ノ結節ハ何レモ粗密細太不定ノ被膜ヲ以テ相互ニ境界セラレテ實質分野ノ腫瘍群ハ一定數ノ圓形橢圓形乃至長圓柱狀胞巢違型的

(七)大動脈硬變心內膜硬變板

(八)肺氣腫浮腫右側慢性纖維性癒着性胸膜炎

(九)食道粘膜乳嘴腫

○肝臟ノ肉眼的所見

右葉一般ニ肥大シ莢膜ハ灰白色ニ肥厚シ丘狀隆起ヲ呈ス左右兩葉ノ表面ニハ米粒大ヨリ豌豆大ニ達スル灰白黃色ノ半球狀ニ隆起セル無數ノ小結節ノ或ハ單獨ニ又ハ癒合シテ存在スルアリ其表面癌臍樣陷凹ヲ作ラズ其他肝表面ト微細ナル縮緬樣皺襞ニ富ミ萎縮シ赤褐染色セリ

割面ヲ見ルニ主腫瘍ハ右葉ノ全部又此レニ隣レル左葉ノ一部ニ占拠シ多數ノ約鳩卵大ノ等大ノ腫瘍結節ヨリ成リ結節相互又周圍ノ肝組織ニ對シテモ同ジク稍肥厚セル結締織被膜ヲ以テ急峻ニ限界セラル結節ハ嫩弱ナル間質ト灰白黃染シ渾濁セル實質トヨリ成リ胞巢狀造構著明ナリ實質內餘リ出血竈ヲ見ザレモ其大部分ハ脂肪粘液樣變性乃至ハ壞死又ハ軟化竈ヲ呈シ此等頽癈セル腫瘍質ハ灰白黃色乃至赤褐色ノ「ザクザク」脆弱質ト化シテ脫離シ後ニ特有ノ海綿狀造構ヲ呈ス」

門脈兩枝共ニ多クハ腫瘍質ヲ以テ栓塞セラル管壁ト栓塞トノ關係疎ニシテ容易

シテ肥大鈍圓ニメ明性粗ニ見エ間々個々ノ胞巢ガ廣キ血腔内ニ浮游セルガ如キ觀アリテ腫瘍細胞ハ何レモ大ニメ内ニ胞狀ニシテ肥大セル核アリ多數ノ核分剖像ヲ呈シ而カモ間々巨態細胞ヲ包含スル者ニシテ總テノ性狀ハ此種ノ胞巢ニ於テハ細胞ノ燻ンニ分殖セル者ナリ此ニ反シ斯ル胞巢ニ直接シ又ハ周圍ニ厚キ被膜ヲ有スル結節内胞巢ハ何レモ幅細狹ニシテ質緻密ナリ細胞ハ前者ニ比シテ遙カニ小ニシテ暗赤染シ核又縮ル不整暗紫色ニ汚染シ Piknotisch トナリ内ニ分剖像ヲ認メス胞巢間毛細管亦强ク壓縮セラレテ唯内被細胞ノ二列ヲ呈スルノミニテ全般ノ像ハ恰カモ健態肝組織ヲ見ルガ如シト雖モ其而ラザルコ明カナリ

斯ノ如ク增殖ノ燻ンナル細胞索ハ太ク細胞ハ大、元形質明性ナレモ周圍トノ關係上壓迫萎縮セラレツヽアル細胞索ハ細小ニシテ細胞體ハ顆粒ニ富ミテ暗赤染セルヲ以テ細胞ノ新舊ヲ一目瞭然ニスルヲ得可シ而シテ此關係ハ轉移竈ト原發竈トヲ不問所々點々混在セリ

尙腫瘍實質ハ諸種ノ退行變性ヲ呈シ萎縮脂肪變性核ノ空胞變性ノミナラズ殊ニ上記ノ增殖ヲ逞フセル太キ細胞索條ニ於テハ其中心部ニ於テ營養障害ヲ蒙ムリテ脂肪變性主トシテ單純壞死ニ陷リテ此内ニ所々廣汎性出血ヲ將來シ此等頽癈

像)又ハ單列乃至三―四列ノ細胞群ノ相結合セル索條ヲナシテ肝組織ニ酷似ス(正型的像)此等細胞群ハ常規トノ狹小ニシテ管腔ナキ或ハ強ク擴張セルモ細管ヲ以テ限界圍繞セラル又細胞ハ五―六輪狀ニ排列シテ相互ノ存在上相壓セラレテ低圓柱狀ヲナシ好ンデ中央ニ細管腔ヲ圍繞シテ正型的花環狀ノ美觀ヲ呈ス一見本腫瘍ノ實質性肝癌ナルコヲ判定シ得可シ

(腫瘍細胞)健肝細胞ニ約倍大頗ル多形多樣ニシテ主トシテ骰子形ナリ核ハ比較的大ナリ形頗ル不整核材著明種々ノ分割像ヲ見ル細胞體多クハ明性內ニ胆色素顆粒ヲ見ズト雖モ約二仙米ノ橫徑ヲ有スル門脈腫瘍栓塞ニ於テハ其花環狀腔內ニ一樣帶褐綠染セル凝固質ヲ入ル、者多シ必ズヤ胆色素又ハ其變換物ナル可シ此等ノ細胞ノ外ニ殆ンド全般ニ亘リ或ハ單核多クハ多核巨態細胞ノ集簇ヲ見ル其核或ハ健態ナルアレモ多クハ諸退行變性ヲ表ハシ間々五―六ノ大核ヲ有スルモノハ其ノ全周ニ亘リ毛細管ノ圍繞スル所トナル者少ナカラズシテ明カニ退行性ニ胞巢內細胞群ノ相癒合シテ生ジタル者ナラント思ハル

毛細管ト實質胞巢トノ性狀及ビ量的關係ハ原發竈內總テノ結節ヲ通ジテ一樣ナラズ概シテ毛細血腔ノ擴張シ其數ニ富ム所ニ一致シ局所ノ細胞群胞巢ハ他ニ比

ル毛細管及ビ萎縮セル胆汁ノ鬱積セル僞性胆管—肝細胞索ヲ容ル而シテ間質内ノ毛細管ノ多寡ハ恰カモ此間質ニヨリ圍繞セラルヽ實質島細胞ノ存在及ビ增殖ニ向ツテ大ナル關係ヲ有スル者ノ如シ

間質ハ一般幼若ニシテ少數ノ圓形細胞浸潤ヲ有ス併レ𪜈主腫瘍ノ中央ニ行クニ從ガヒ實質ト同ジク退行變性ヲ免レズグリソン氏鞘ハ硝子樣又ハ粘液樣疎鬆トナル而メ間質ノ粘液樣ニ變性シタル所ニ該當シ毛細管ハ强ク擴張セルノミナラズ此ニ依リテ圍繞セラル又此内ニ包埋セラレタル實質島ノ胞巢間毛細管腔モ亦强ク擴張シ從ツテ上記ノ如ク實質ハ壓迫萎縮ニ陷ル者アリ此關係ヲ推察スルニ甞テ緻密ニシテ增殖燃ンナル間質ノ爲メニ一ト度ビハ壓迫萎縮セラレタル實質及ビ毛細管網ガ間質ノ粘液樣ニ變性シ壓ノ減却ニ應ジ實質島内毛細管ノミ擴張シ一旦萎縮セル腫瘍胞巢ニ尙ホ壓ヲ加ヘツヽアル者ナラントト思ハル、

(II)轉移竈

兩葉ニ亘リ粟粒大ヨリ豌豆大ニ達スル諸轉移結節ヲ檢スルニ何レモ主トシテ門脈系内栓塞ニヨリテ來レル者ニシテグリソン氏鞘ヲ中心トシ又此レニ隣接シテ發生シ間々管壁ヲ被リ小葉内ノ他ノ結節ト結合セリ其ノ極小罌粟粒大ノ幼若結

セル壞死質ハ漸次軟化液化シテ細胞索條ニ一致セル大ナル軟化空洞ヲ作リ内ニ無造構凝固質又ハ纖維素樣絮狀ノ沈渣ヲ入ル又出血竈ノ近傍ニ於テハ往々暗褐黃染ノ色素顆粒ノ腫瘍細胞體内又間ニ或ハ又此ニ無關係ニ組織内ニ沈着セルヲ認ム必ズヤ〔ヘモグロビン〕變換物ナラント惟ハル尙ホ切片ノ所々毛細管血腔ニテ圍繞セラル、圓形乃至卵圓狀實質胞巢ノ細胞ノ境界不明トナリテ一塊ニ癒合シ内ニ諸種退行病變ヲ示ス多核ヲ存スル多核巨態細胞ト化セル者モ少ナカラズ(變性的巨態細胞)尙ホ主腫瘍ノ一部約米粒大ノ周圍ヨリ明カニ厚キ被膜ニテ限界セラル、一結節ニ於テハ胞巢間毛細管ヲ極度ニ擴張シ他方ハ厚キ被膜ノ有ルヲ以テ細胞索ハ益々壓迫萎縮ニ陷リ壞滅セントシ同時ニ被膜ヨリ毛細管壁ニ沿ヒテ萎縮セル實質内ニ分派セル嫩弱結締織膜葉ハ個々ノ擴張セル毛細管壁ヲ界シツ、結節ノ殆ンド全ク單純血管腫(Angioma simplex)樣ニ變化セル者アリ腫瘍細胞ハ甚シク細狹トナリ僅カニ其間ニ介在スルニ過ギズ

(間質ノ性狀)

間質結締織ハ既存ノ肥厚セルグリソン氏鞘及腫瘍ノ壓迫萎縮ニ此レニ續發セル代償的ニ增殖シ小葉ノ位地ヲ補充セル幼若結締織トヨリ成リ内ニ多數ノ擴張セ

血腔内ニ遊離セル者アリ内膜等ニ異常ナシ又大ナル胆管ハ唯擴張ヲ認ムルノミ

(IV) 肺轉移

氣腫狀ニ見ユル肺胞内ニ沈墜性ニ鬱血ト少數ノ心臟疾患細胞ヲ含有ス約超豌豆大ノ轉移結節ハ明カニ周圍ヨリ境界セラレ結節内ニハ萎縮セル血管及彈力纖維ノ細片ヲ容ルト雖モ主トシテ擴大性ニ周圍ヲ壓排シテ發育セルモノニ係ハリ其造構主腫瘍ト同ジキモ強ク擴張セル毛細管ニ由リ圍繞セラルヽ迂曲吻合セル索條胞巢ハ間々巨態細胞ヲ混ズル多形多樣ノ細胞ヨリ成リ結節ノ中心部ハ全ク單純壞死ヲ呈ス尙所々太キ血腔内ニ腫瘍細胞ノ群團ノ箝入セル者少ナカラズ

○第五實例ノ所見摘要及考按

本例ハ昨年四月東京醫學會總會ニ於テ余ガ供覽セル肝癌ノ一例ニ係ハル五十九歲ノ男子ニ原發セル者ニシテ總テノ所見ハ實質性肝癌ニ一致セリ

而シテ主腫瘍ト見ユル右葉ニ於ケル原發竈ハ數多ノ畧同ジ發育期ノ者ガ相集マリ癒合シ互ニ太キ結締織輪ヲ以テ圍繞限界セラレ居ルヲ以テ本例ハ嚴密ナル意義ニ於ケル單中心性(Unicentrisch)ノモノトスルヨリモ寧ロ多中心性(Multicentrisch)肝癌ト稱スルノ頗ル穩當ナルヲ信ズル者ニシテ先ヅ右葉ニ數多ノ原發竈ヲ生ジ

節ニ在リテハ腫瘍ノ造構ハ迂曲吻合セル細胞索網ヲ成シ最モ能ク生理的肝組織ノ造構ヲ示シ細胞群ハ好ンデ花環狀ニ配列シテ管腔ヲ圍繞シ腔内一種ノ胆色素樣質ヲ容ル細胞モ亦約等大ニシテ全ク正型的腺腫狀ナレモ其ノ豌豆大ニ達スル者ニアリテハ細胞ノ形不整トナリ多數ノ巨態細胞ヲ封入スル細胞索條ハ密集シテ實性トナリ肉腫樣像ヲ呈シ或ハ肥大セル細胞索ハ擴張セル毛細管ヲ以テ圍繞セラレ又此レヲ圍繞シ索條ノ中央ニハ主腫瘍ニテ見タルト同ジク壞死軟化又空洞ヲ示ス併シ乍ラ概シテ轉移結節ニ在リテハ主腫瘍程ニ違型的ナラズ餘計腺腫樣ノ像ヲ呈スルハ注目ヲ價ス

(III)肝ノ組織

肝小葉ハ概シテ萎縮シ中等度ノ充血ト輕度ノ胆汁鬱積ヲ呈ス細胞索ハ通常ニ比シテ細狹ナリ而レモグリソン氏鞘ハ所々島嶼狀ニ僅カニ增殖シ内ニ萎縮セル肝組織ヲ包埋シ稀少ノ圓形細胞浸潤アレモ殊ニ間質炎ト稱スルニ至ラズ小胆管共ニ增殖セズ細胞ノ肥大增生ヲ認メズ

門脈肝靜脈共ニ擴張シ主腫瘍ニ近ク(殊ニ門脈系ニ於テ)腫瘍質ノ栓塞ヲ容ル栓塞ノ大ナル者ハ主腫瘍ト同ジ造構ヲ呈シ又間〻内被細胞ヲ以テ被蓋セラル、圓形胞巢ノ

シク大ナルヤ違型ニ傾クト一般腫瘍ノ中心陳舊部ニ於テハ周緣帶ノ發育ヨリモ既デニ違型ニ變ゼルヲ示ス者ナリ而シテ腫瘍ノ原發局所ヲ窺知スルヿ能ハザルモ此等ノ所見ヲ綜合シテ考フレバ腫瘍ハ初メハ比較的良性ナル腺腫又ハ正型的實質性肝腺腫性癌ノ像ヲ示シ先ヅ肝組織ニ摸倣セル型ノ者ナリシモ惡性トナルニ及ビ結節ノ中心部ニ於ケル違型的發育ヲ遂グルニ到レルモ結節ノ周緣帶ニ在ル腫瘍實質ハ幼若層トシテ尙原型ヲ存シテヨリ良性像ヲ具フル者ニシテ實質性肝癌ノ概シテ良性ナル所以實ニ茲ニ存シ且他ノ普通ノ癌ト大ニ趣ヲ異ニスル點ナリトス普通ノ癌繼發竈ハ概シテ違型的ナリ正型像ヲ再現セザルヲ常トス

尙本例ニ於テハ原發竈又違型的發育ヲ呈スル結節ニ於テハ細胞內ニ胆色素ノ顆粒不明ナレモ門脈栓塞質又ハ幼若結節ノ正型的發育ヲトル者ニ於テハ細胞體內(僅カニ)及ビ花環狀腔(主トシテ)內ニ帶綠褐色素塊ヲ容ル即チ腫瘍ノ比較的生理的造構ニ近キ者ニ於テノミ此種ノ胆色素ノ分泌アリテ此レヨリ違型トナルニ從ヒテ肝ヨリ發生セル細胞ノ特性ヲ失フ者ナルヿヲ學ビ得タルナリ

本例ニ於テハ肝自家內及肺臟ニ轉移ヲ來セル外ニ特ニ淋巴腺ノ腫脹ヲ見ズ即チ原發竈ノ病機進捗セルニモ不拘轉移竈ハ尙甚ダ少ナシ此レ實質性肝癌ノ特有ト

此レガ相並ビテ發育ヲ遂ゲツヽアル經過中偶々門脈(主トシテ)乃至肝靜脈(僅カニ)内ニ突破シ血行ニ介シテ栓塞性ニ爾他兩葉ハ勿論大靜脈ヨリ右心肺動脈ヲ介シテ兩肺ニ繼發性轉移結節ヲ新生シタル者ト解釋スルヲ得而シテ本例ニ於テハ實質性肝癌ノ特性トシテ原發竈ニ於ケル變性壞死軟化等ノ諸類癆病機ノ起ルガ爲メニ質ハ恰カモ海綿樣ノ觀ヲ呈スレ𪜈肉眼的又鏡檢的ニ充血即チ毛細管ノ擴張(所々血管腫ノ如クナル)ハアレ𪜈出血ハ甚ダ稀少ナルヿハ注目ス可キモノナリ腫瘍ノ實質ヲ窺フニ幼若小轉移結節又ハ肺轉移竈ニ於テハ組織ノ造構ハ正型的ニシテ腺腫性ヲ帶ブルモ結節ノ豌豆大ヲ超ユル者ニ在リテハ細胞型頗ル不整多形多樣トナリ内ニ多數ノ巨態細胞ヲ混ジ索條ハ太ク迂曲シ其中心部ハ殆ンド常規トシテ變性壞死ヲ示ス

而シテ腫瘍結節ノ稍大ナル者ニ在リテハ結節ノ中央ノ大部分ハ全ク上揭ノ如キ違型的ニ發育セル太キ實性索條胞巢ヨリ成リ細胞ノ形又タ大ニシテ餘計明性ノ度强キモノヨリ成リ之ニ反シ結節ノ周緣帶ニアル腫瘍質ハ多クハ正型的發育ヲ示シ花鑛狀像モ亦增加セリ唯々此部ニ於ケル細胞ハ前揭ノ者ニ比シテ明性ナラズシテ餘計「エオヂン」ヲトリテ顆粒ニ富ミ暗染ス是レ小轉移結節ノ正型ニシテ少

（第六實例）（貯藏標本）

○解剖的診斷

實質性肝癌兼輪狀硬變症及結節狀增生

○肝臟肉眼的所見

肝ノ容積殊ニ右葉ニ於テ增大球狀ヲ形リ其被膜胼胝狀ニ肥厚ス表面ハ右葉ハ豌豆大ヨリ雞卵大灰白半球狀ノ多數ノ結節ヲ密生シ磊塊狀ヲナス右葉ノ一部全左葉ハ到處米粒大小豆粒大ノ小結節ニヨリ表面顆粒狀ヲ呈シ內ニ殊ニ大ナル結節ヲ混ズ下面ニ於テハ右葉ノ被膜ニ癒着性胼胝體狀ヲ呈シ同側副腎ハ內ニ包埋セラル

●割面●右葉ノ右三分ノ二ハ全ク腫瘍質ト化シ腫瘍ハ大小數多ノ實性結節ノ群簇ニシテ腫瘍內ヲ走行セル門脈右枝壁ヨリ分岐派出セル間質ト灰白渾濁セル實質トヨリ成リ大部分壞死變性及出血竈ヲ呈ス門脈右枝ハ海綿狀造構ヲ呈セル脆弱腫瘍質ノ栓塞アリテ管壁トノ關係疎ナリ又管壁ヨリ管腔內ニ膨窿セルモノアリ右枝內ニ所々同樣ノ栓塞質ヲ見ル

●肝●組織實質ハ灰白結締織ノ細索ニヨリ輪狀ニ分劃セラレ割面ヨリ膨窿ス即著明

スル所タリ(總論參照)

肝臟ハ萎縮シ間質ノ增殖セルガ如キハ萎縮ニ因スル比較的ノ增殖ニシテ特ニ間質炎テフ程度ノ者ナラズ但シ所々少數ノ圓形細胞ノ浸潤ヲ見ルモ此ヲ以テ癌ニ先發セル炎性ノモノト爲スハ早計ナリ

要之本例ハ單ニ實質ノ萎縮ヲ來セル老人ノ肝臟內ニ不明ノ經路ヲ以テ先ヅ右葉ニ多中心性ニ發生セル實質性肝癌ニシテ其ノ門脈及ビ肝靜脈ヲ介シテ肝及肺臟內ニ轉移ヲ來シ餘リ出血ノ存セザル者ナリ硬變ナキ肝臟ニモ癌腫ノ發生シ得可キコヲ修得スル一例ナリ

尤モ本例ニハ肺氣腫肺組織內多數ノ心臟攣膜病細胞アリ又癒着性胸膜炎等ト共ニ門脈系ノミナラズ全身鬱血アリ攣膜病トシテハ唯硬變板アリシノミナレモ小循環ヨリ右室靜脈系ニ亘レル鬱血ノ存スルアリ從ツテ肝臟ニモ慢性鬱血ヲ持續シ其ノ小葉中央變性萎縮ニ對スル小葉外層ノ代償性肥大ヲ存セシヤ知ル可カラズ山極博士ノ一例ニ於テモ肝靜脈閉塞性炎ニ因スル肝ノ高度ノ鬱血ニ結果セル著シキ結節狀增性ヲ記述セラレタリ同樣ノ類例又タ尙他ノ諸氏ニヨリテモ報告セラレタレバ本例ノ如キ或ハ又是ノ如キ發生源因ヲ存シタルニハ非ザルカ

ラレタル毛細管却ツテ實質細胞群ニ由リ圍繞包擁セラル、者無キニ非ズ索條狀胞巢ハ殆ンド實性ニシテ內ニ花環狀管腔ヲ見ズ(違型的發育)總テノ性狀ハ大ニ肝組織ト類ス唯細胞索條ノ太ク細胞核ノヨリ大ニシテ濃染シ成形質ハ褐色調ヲ加味セズ淡染シ內ニ胆色素顆粒ラシキ者無ク別ニ管腔狀毛細胆管ニ比ス可キ者ヲ缺除スル點ニ於テ異ナル概シテ言ヘバ此等小轉移結節ノ中央部ニ在リテハ細胞索ハ頗ル太ク數十個ノ細胞列ヨリ成ルニ反シ周緣增殖浸潤層ニ在リテハ二三列ノ細胞索吻合狀ヲナシテ大ニ肝組織ニ類スルヲ知ラル可ク間々米粒大小結節ニ在リテハ毛細管ト胞巢トノ別著明ナラズ雜然トシテ肉腫樣ヲ示ス

周邊肝組織ニ對シ腫瘍ハ浸潤性ニ增殖シ肝細胞索萎縮狹小トナル何等ノ移行像ナシ

(II)肝組織

グリソン氏鞘到所強ク肥厚シ高度ノ炎性細胞浸潤ヲ呈シ尙ホ此等圓形細胞ヲ伴ヒツヽ個々ノ小葉內ニ結締織ノ微細ナルモノ侵入シ間々局所肝組織ノ質大ニ密ナルノ觀アルハ結節狀增生ニ固有ナリトス且ツ元形質ハ褐色調ヲ加味セズ核又膨大濃染シ多數ノ違型的核分裂像ヲ有スルガ如キハ是レ既ニ已ニ普通結節狀增

ニ輪狀硬變及實質ノ結節狀增生ヲ示スト雖モ右葉ハ左葉ニ比シ著シキヲ見ル上記分野ニ比シ大ナル結節ハ何レモ轉移竈ニシテ一部海綿狀造構ヲ有シ肝組織ヲ壓排シテ發育セリ

自家轉移ノ外不明ナリ大胆管胆囊ニ異常ナシ

○顯微鏡的所見

米粒大ヨリ約豌豆大ニ達スル小結節ニ就キテ檢スルニ

(I) 腫瘍ノ造構

結節ハ肥厚セルグリソン氏鞘ヲ中心トシ又ハ此レニ接觸シテ存在シ所々彈力纖維輪ニヨリテ圍繞セラルヽヨリスレバ朋カニ門脈內栓塞性轉移結節ナル可ク間々此ノ脈管壁ヲ突破シ周圍ノ肝組織內ニ浸潤增殖セリ

(腫瘍細胞)ハ約肝細胞大ノ圓形卵圓形乃至骰子形明性ニメ內ニ圓形卵圓形良染スル大核ヲ容レ二—三ノ核仁又分剖像著明ナリ多クハ單核所々少數ノ多核巨態細胞ヲ混ズ此ニ細胞ノ一定群ハ相集リテ細狹又ハ太キ細胞索條ヲ成シ索條ハ迂曲吻合シテ不規則ナル網機ヲ造クリ個々ノ細胞群又ハ索條ヲ境界スル間質トモ云フ可キモノハ多クハ擴張セル毛細管網實質ヲ萬遍ナク圍繞シ間々反對ニ橫斷セ

小胆管ハ増殖セズ併シ小葉ノ周縁ニ於テハ所々生理的ニハ見得可カラザル細小胆管ハ廣汎性ニ増殖集簇シ何レモ中央ニ細管腔ヲ包擁シ間質ヨリ浸潤増殖セル炎性結締織ヲ以テ圍繞セラレ恰カモ局所ニ別種ノ腫瘍ノ新生セルカノ如ク見ユル者アリ

●實質●ハ生理的小葉ノ像破壊セラレ特ニ毛細管充血甚シキ所ニテハ細胞索ノ萎縮細狹トナリタルモノアレ𪜈代償性肥大ノ顯著ナル者アリ即肝組織ノ殆ンド總テハ其ノ大ナル分野タルト個々ノ細胞群タルトヲ論ゼズ何レモ生理的肝細胞ヨリ遙カニ肥大シ其レニ二三倍シ間々一細胞内ニ二三ノ大核ヲ容ルヽアリ

肝細胞ノ萎縮變性ニ伴ナヒ一方胆管ハ異常ノ増殖ヲナシ他方肝細胞ハ肥大乃至結節狀増生ヲ呈シタリ

稍大ナル胆管ニ異常ナシ

門脈及肝靜脈共ニ擴張ス何レモ所々腫瘍細胞群ヲ浮遊セシム殊ニ門脈ハ細枝ニ至ル迄全ク栓塞セラレ周縁肝小葉内腫瘍質ト聯絡スルモノアリ

○第六實例所見摘要及考按

肉眼的所見ニヨリ本例ハ肝硬變ヲ呈スル肝臟ノ右葉ニ原發セル者ニシテ腫瘍ハ

生以上ニシテ以テ違型的增生ノ端緒ト見テ可ナリ黃褐色ノ粗大ナル胆色素顆粒ハ小葉ノ周緣部ニ近キ細胞體內ニ沈着シ間々斯ル所ニ多ク一定數ノ肝細胞群ハ脂肪變性ニ陷リ明斑ヲ作ル者少ナカラズ

グリソン氏鞘ニ近接セル肥大肝細胞ト增殖セル上記細小胆道トハ漸次移行セリ而シテ前揭ノ如ク間質ノ細索ハ個々ノ胆管ヲ圍繞シ又肥大セル各細胞群ヲ包擁シ細胞群中央ニ腔管ヲ圍ミ花環狀像ヲ呈スル者アリ又斯ク間質結締織ノ細輪ニヨリテ圍繞セラル、同一實質索條ノ一端ハ明カニ胆道ニ一致シ他端ハ全ク肥大セル肝細胞索ヨリ成ル者アリテ其ノ間ニ漸次移行アルガ如シ而シ乍ラ增殖セル細小胆管及肥大セシ肝細胞索ハ何レモ進行性狀態ニ在リト雖モ未ダ何等違型的像ヲ示サズ要之本例ニ於ケル肝間質炎ハ尙燻ンニ行ハレツヽアル者ニシテ此ル塲合ニ能ク經驗セラルヽ如ク細血管又ハ胆管ヲ含マザル太キ間質索條ニヨリ各小葉ハ數個ノ不整ナル分野ニ又個々ノ細胞群ニ分劃セラルヽモレンネツク氏硬變ニ固有トセラルヽ輪狀ノ增殖著明ナラズ假令斯ル像ヲ呈スルモノアリト雖モ極々少數ナリ

間質ハ幼若結締織ヨリ成リ或ハ瀰蔓性多クハ集團性ニ多數ノ圓形細胞浸潤アリ

性狀ト異ナリ來タリ等シク周圍ノ增殖セル間質ヲ壓排シツヽ增大セルニテ鏡下ニハ明カニ結節狀增生ノ既ニ違型的增生ニ傾ケルヲ認メ尙通常肝間質炎ニ見ラルヽ所ノ小胆管ノ增殖ハ勿論通常健態肝組織ニハ見得ベカラザル移行層ノ細胆管モ亦異常ノ茂生ヲ示ス併レドモ上揭ノ如ク此ノ肥大增殖セル肝組織ト腫瘍トハ現在何等ノ直接ノ關係無シト雖モ本例ノ如キハ從來斯ル塲合ニ於テ人ノ想像セルガ如キ肝間質炎—結節狀增生—腺腫又ハ實質性肝癌等ノ間ニハ必ズヤ階級的ノ密接ナル關係ノ存在スルコヲ信ゼシムルニ足ルガ如シ

蓋シ結節狀增生ニ於テ肝細胞ノ肥大セルモノ密遝シ往々二三ノ核ヲ有シ毛細管脈絡ニ由リテ界セラルヽ細胞索ノ群團ヲ示セモ細胞核ノ間接的分剖像殊ニ違型的核分剖像ニ遭遇スル塲合ハ極メテ稀レニシテ山極博士ノ如キモ未ダ曾テ實驗セラレザリシト云フ然ルニ本例ニ在リテハ充實セル增生實質ノ肝細胞ニ違型的分剖像アリ元形質モ亦褐色調ヲ帶ビズ是レ實ニ吾人ニ敎ユルニ人ノ見ンコヲ願ヘル結節狀增生ト腺腫—癌腫變性トノ中間型ノ存スルヲ以テシテ從來ノ想像ヲシテ全ク確實ナルニ近カラシムル者ニ非ズヤ

（第七例）（貯藏標本）

約豌豆大ニ達スル大小不同ノ小結節ヨリ成リ各々明カニ周圍ト限界セラレ特ニ主腫瘍トシテノ大結節ヲ缺ク點ニ於テハ第三例ニ髣髴タリ從ツテ結節狀ニ增生セル肝組織トノ區別判然タラザル者アリ鏡下ニ檢スルニ腫瘍ハ何レモ門脈系ヲ介シ肝臟內ニ轉移性ニ來リタル者ニ係ハリ而カモ特ニ單一原發竈ト見ラルル可キ部位無ク又ハ結節狀增生著明ニシテ肝組織實質細胞ノ肥大增生モ亦諸所ニ盛ンナルヲ見レバ本例モ亦多中心性發育ヲ遂ゲタルニ非ズヤト思ハシムル者アリ而シテ腫瘍ノ總テノ性狀ハ實質性肝癌ノ違型的發育ヲ呈シテ太キ索條ハ實性ニシテ殆ンド花環狀像ヲ缺如シ多核巨態細胞核ノ諸退行變性ヲ呈シ細胞體內胆色素ヲ缺ク等大ニ生理的ト異ナル者アリ但シ所々周圍ニ向ツテ增殖スル浸潤帶ハ全ク正型的發育ヲ呈シ腺腫樣ノ造構ヲ呈スルヿ第五例ニ於ケルガ如シ而シテ肉眼的ニハ腫瘍結節ハ比較的小ニシテ限局セラルヽト雖モ鏡檢上ニハ早ヤ旣ニ內ニ著明ナル壞死變性乃至ハ出血ヲ將來セルヲ見ル

實ニ本例ノ肝臟ニハ現今熾ンニ間質ノ增殖性炎ガ行ハレ居ルト同時ニ實質ハ荒蕪セラルヽト謂ヒ乍ラモ上記ノ如ク尙ホ增生肥大ノ徵歷然トシテ存シ斯ル肝實質ハ生理的配列ヲ示サズ又核ノ諸分劑像ヲ呈シ元形質ハ褐色調ヲ缺ク等生理的

ト癒着セル腫瘍栓塞ニテ充塡セラレ下降シテ門脈幹部ヨリ左側幹枝ニ及ブ

(肝組織)表面ノ顆粒ニ一致シ殆ンド輪狀肝硬變像ヲ呈シ實質ハ生理的小葉ニ數倍スル多數ノ分野ニ區劃セラレ且ツ結節狀增生ヲ示ス門脈分枝ノ栓塞ニ一致シ周圍ノ肝實質內ニ豌豆大—雀卵大ノ境界判然タル轉移小結節散點セリ肝靜脈ハ左右共瀆ヘノ開口部ニ於テ管壁ト癒着セル凝血塊アリ是ハ更ラニ貧狀ヲナシテ下大靜脈腔內ニ突出ス瀆ノ吻合口ノ直上部ニ於テ下大靜脈內膜ハ殊ニ其前壁ニ於テ強ク肥厚シ堤狀鷄冠狀ニ突出シ當該部ノ後壁又タ強ク血腔內ニ膨窿セル結果局所ノ血腔ハ强度ニ狹窄ヲ來シ辛ウジテ消息子ヲ通ズルコヲ得ル程ナリ從テ此狹窄ヨリ下部ハ狹窄ヨリ上部ノ內膜ニ比シテ著シク肥厚シ硬變ヲ呈スト雖モ狹窄下トシテ特ニ管腔ノ擴張セルヲ見ズ

胆囊大胆管ニ異常ナク肝實質ノ自家轉移竈アル外詳細ナル記錄ヲ缺ク從ツテ周圍トノ關係全ク不明

○顯微鏡的所見

(I)主腫瘍ノ造構

右葉ノ右緣米粒大ヨリ豌豆大ノ無數ノ小結節ヲ檢ス此等ノ結節ハ血腔及淋巴

○解剖的診斷　原發性肝癌

○肝臟ノ肉眼的所見

肝ノ大サ通常ヨリ小被膜一般ニ強ク肥厚シ無數ノ細粗ナル纖維性莢狀物ヲ附着シ左葉及右葉ノ左半ニ於テ周圍ト纖維性癒着組織片アリ肝ノ右葉穹窿部ハ一般ニ半球狀ニ膨大シ其中央ニ約手拳大ノ突隆アリ其質軟弱ニシテ著シク假性波動ヲ呈スル粗大ナル大小ノ丘狀顆粒ヨリ成ル爾他右葉及全左葉ハ概シテ顆粒狀凸凹不平ナリ右葉ノ下面尾狀葉ニハ雀卵大—鵝卵大半球狀ノ軟キ腫瘍結節ヲ認ム

(割面)主腫瘍ハ殆ンド其中央ヲ走行セル右門脈幹枝ニ跨リテ右葉ノ內約四分ノ三ヲ占有シ其形長卵圓形ナリ大人手拳大ニシテ周圍トノ境界不明ナリ腫瘍ノ中央殆ンド全ク壞死軟化出血ニ陷リ殘存セル間質網眼ニヨリ特有ノ海綿狀乃至蜂巢狀造構ヲ呈ス殊ニ中心部ハ胼胝樣結締織トナル所アリ

僅カニ周緣部ノ健存腫瘍質ヲ見ルニ肥厚セルグリソン氏鞘ヨリ分岐セル網狀間質ニヨリテ明カニ胞巢狀造構ヲ呈シ灰白渾濁セル脆弱顆粒狀物質ヲ包圍シ實質ハ割面ヨリ僅カニ膨隆セリ主腫瘍ノ中心部ヲ走行セル門脈右幹枝ハ全ク管壁

ノ如キ一—二列ニシテ好ンデ中央ニ管腔ヲ生成スル特性ヲ失ヒテ殆ンド實性ノ細胞束トナリ内ニ稀少ナル花環狀像ヲ散在スルニ過ギズ尙甚シキニ至リテハ細胞ハ數十層相集圍シテ全ク實性ノ大ナル圓形長圓形ノ胞巢又ハ迂曲網狀ニ結合セル細胞束ヲ造リ毛細管壓迫セラレテ狹小トナリ爲メニ細胞梁束ノ横斷面ニテハ六角乃至多角形ノ細胞群ハ細狹ナル内被細胞ノ二列ニヨリテ境界セラレ恰カモ石垣ヲ築キタルガ如ク(違型的發育)而シテ斯ル太キ梁束ノ中心部ハ營養障害ヲ蒙ムリ大部分ハ壞死變性ニ陷ル尙ホ淋巴空隙及ビ門脈小枝ニ侵入セル腫瘍質モ亦全ク實性殆ンド肉腫樣ナレモ細檢スレバ既存ノ管壁内被細胞列ハ分芽狀ニ此等栓塞質内ニ突入シツヽアル像ヲ見ル

尙肝小葉周緣部ニ所々如上ノ腫瘍細胞束ノ栓塞的ニ箝入セルモノヲ見バ恰カモ該小葉ノ周緣部ヨリ肝細胞ノ將サニ癌腫樣變性ヲ營ミツヽアルカノ如キ觀ヲ呈スト雖モ此レ一ツノ誤謬ニシテ何等其間ニ移行像ヲ見ズ(間質ノ性狀)何レモ小轉移竈ナルヲ以テ既存ノグリソン氏鞘ノ介在セルアルノミニテ各腫瘍實質胞巢ノ境スル間質ハ上揭ノ如ク毛細管網ヲ以テス

(II)肝組織

腔ヲ介シテ繼發的ニ生ジタル大小種々ノ腫瘍塊ニシテ多クハ肥厚セルグリソン氏鞘ヲ中心トシ又此レニ近接シテ發生シタルモノニ係ハリ間々小葉內毛細管腔內ニ個々ノ細胞トシテ或ハ細胞群トナリテ嵌入セリ總テノ周圍トノ關係上全ク轉移竈ナルヿ疑ナシ

(腫瘍細胞)生理的肝細胞大又ヨリ小多角形圓形卵圓形ニシテ元形質ハ顆粒ニ富ミ相互ノ境界著明ナリ內ニ殆ンド細胞體ノ大部分ヲ占有スル圓形卵圓形ノ多數ノ正型違型核分割ヲ示ス濃染セル核ヲ有ス到所ニ胆色素ラシキ顆粒ヲ見ズ此等ノ細胞ノ一定群ハ迂曲結合セル單列乃至二三列ノ細胞束トナリ多クハ擴張セル毛細管網ニヨリテ圍繞セラレ又却ツテ毛細管ヲ圍繞ス又所々細胞ノ形圓柱狀トナリ中央ニ赤染同質樣凝固質ヲ容ル、管狀細隙ヲ圍コミテ花環狀像ヲ呈ス(正型的發育)而シ斯カル正型的像ヲ示ス者ハ結節ノ幼小ナルモノ又ハ大結節ノ周緣殊ニ增殖層ニ於テノミ見ラル毛細管網ハ强ク擴張シ結節ノ周邊部ニ於テハ近接肝小葉內毛細管腔ニ漸次移行結合ス

併シ乍ラ結節ノ尙ホ大ナル者又ハ大結節ノ中央陳舊部ニ於テハ如上正型像ヨリ漸次離背シ來リ等シク毛細管網ニヨリ圍繞セラル、細胞ノ索條ハ生理的肝細胞

ノ爲メ萎縮シ又ハ細胞群ニ離斷セラレ遂ニ萎縮シ僞性膽管トナリテ散在セルモノアリ併シ乍ラ何等梅毒性病變ヲ示サズシテ一樣ニ細胞ニ富ミ血管又多數ニ存在ス擴張シ管壁ノ硬變狀ニ肥厚セル血腔モ亦少ナカラズ

○第七實例ノ所見摘要及考按

本例モ亦總テノ性狀ハ全ク實質性肝癌ニ一致シテ右葉ノ中央部ニ先發シ近接セル門脈主枝内ニ浸潤突破シテ血行ニ介シ或ハ逆行性ニ肝ノ兩葉ニ多數ノ小轉移結節ヲ生セシメタル者ニシテ肉眼的腫瘍ハ海綿狀造構ヲ呈スルモ其中央陳舊部ニ於テハ普通ノ癌腫(殊ニ腺腫性癌ノ如キ)ニ見ルガ如ク間質結締織ノ增殖ヲ來シ爲メニ中心部ハ他ニ比シテ餘計肼脈樣ニ靱强ナル質ニ變化セルニ著シ蓋シ本例肝内結締織ノ增殖ガ肝靜脈ニ追隨セルニ一致シ新生毛細管ニ沿フテ腫瘍陳舊部ヨリ漸々肼脈狀ヲ呈セルナラン併レモ胆管上皮性癌又ハ胃癌轉移竈ニ見ルガ如キ纖維性トナルニ至ラズシテ尙粗鬆タルヲ免レズ兎ニ角本例ニ據リ吾人ハ實質性肝癌ト雖モ尙ホ腫瘍ノ陳舊部ニ於テハ胆管上皮性癌ノ如キ轉歸ヲトル者有ルヿヲ經驗シタルナリ

本例ニ於テ實質性肝癌ハ偶々肉眼的ニハ約輪狀硬變ト見ラレ鏡下此レト一致

被膜一般ニ厚ク纖維性ニ肥厚シ所々被膜下肝小葉ノ多數ヲ封入セリ其間質モ一般ニ增殖シ萎縮セリト雖モ肉眼的所見ト反シ輪狀ナラズ大ナル血管腔ノ主トシテ肝靜脈周圍ニ於テ結締織ハ强ク增殖シ中心靜脈ノ周圍ニモ亦稀少ノ結締織ヲ認ム何レモ强靱陳舊組織ニシテ圓形細胞ノ浸潤少ナク間質內胆管ノ增殖ヲ認メズ

小葉像不整ニシテ輕度ノ胆汁鬱積ト高度ノ鬱血ヲ呈シ中心部ニ於テ特ニ細胞索萎縮セリ小葉ノ邊緣部ニ於テハ細胞索條僅カニ肥大シ組織密ニ見ユ間々花環狀像ヲ呈ス小葉ノ脂肪變性ニ陷レル者モナリ

門脈血腔ハ腫瘍質ヲ以テ栓塞セラレ肝靜脈到ル所擴張シ內膜ハ所々强ク肥厚シテ硬變像ヲ呈ス腫瘍細胞ヲ容レズ

加之肝小葉內毛細管ハ上記肥大セル部ヲ除キ到所擴張充血シ一方肝細胞索ノ萎縮ヲ來スト同時ニ小葉內所々殊ニ中心靜脈ノ周邊ニ於テ廣汎性脂肪變性及ビ壞死ヲ來セリ此等ノ變性ニ伴ナヒ間質結締織ハ極細微ナル組織片トナリテ補綴的ニ小葉內ニ侵入シツヽアリ

前記被膜下ノ殊ニ增殖セル組織內ニ包埋セラルヽ肝小葉群ハ漸次結締織增殖

深ク走行セル分岐ニ於テモ亦タ多少内膜ノ肥厚ヲ認ムル以上ハ單ニ横隔膜ノ牽引等ニ因スル機械的源因ノミヲ以テハ説明シ兼ヌル感無キ能ハズ必ズヤ肝靜脈全系ニ亘レル又下大靜脈ノ瀰蔓性ノ産出性炎ト認メザル可カラズ

兎ニ角本例肝臟内ニ於テ肝靜脈内膜炎性肥厚狹窄ニ因スル高度ノ鬱血アリシハ事實ナリ即チ肝靜脈ハ勿論小葉内毛細管モ亦到所可成リ強ク擴張セリ爲メニ實質ノ萎縮變性壞死又出血等相踵ギテ起リ一方肝實質ノ頽癈有ルト同時ニ他方ニハ此ヲ補綴スルノ意味ニ於テ靜脈及血管周圍ノ結締織ハ增殖シ殊トニ肝小葉内中心靜脈周圍ニ於テ結締織新生シ終ニ一種間質炎像及小葉外層ヨリノ代償性結節狀增生ヲ來タセルモノナルヤ山極博士記述ノ第三例ニ酷似セリ即チ間質ハ一般ニ圓形細胞ニ乏シク又結締織細胞ニ富マズ主トシテ靜脈ノ周邊ニ於テ增殖セルコト等ハ少ナクトモ本例ニ於ケル間質ノ增殖ハ炎トイフ可キ程度ノ者ナラズシテ全ク鬱血ニ因スル硬變ト謂フ方頗ル穩當ナリト信ズ普通「アルコホール」性肝硬變ト共ニ殘存肝細胞ガ多少ニ不拘代償的補綴的ニ增殖シテ結節狀ニ增生スルコトハ既知ノ事實ナリ而シテ本例ニ於ケルガ如ク間質ノ增殖ガ間質性炎性ナラザル持久性鬱血ノ結果ニ將タ靜脈管壁ヨリ波及セル炎症モ亦幾分カ加ハレル者ト

セザル高度ノ間質炎ヲ呈スル肝臟ニ原發セル者ナリ然リ而ノ此種ノ肝間質炎即チ結締織ノ增殖及ビ此ニ繼發セリト見ラル可キ結節狀增生ハ如何ニシテ發生シタル者ナリヤハ一考ヲ要スル所タリ肉眼的所見ニ明カナルガ如ク下大靜脈行路ノ肝臟ニ當該スル部及ビ肝靜脈ノ變化ハ上揭ノ疑問ニ對シ解決ヲ與フル所ノ者ナリト信ズ即チ下大靜脈ノ肝臟當該部壁ハ一般ニ灰白色ニ肥厚シ殊ニ肝靜脈竇ノ吻合口ノ直上部ニ於テハ內膜ハ著シク胼胝樣ニ肥厚シ堤狀乃至鷄冠狀ニ管腔內ニ突隆シ爲メニ管腔ハ高度ニ狹窄セラレ辛ウジテ消息子ノ通過ヲ許スノミ而ノ此部ニ該當スル肝實質ニハ特ニ此種ノ內膜肥厚乃至狹窄ヲ將來ス可キ病變皆無ナリ即チ下大靜脈ニ見ル此限局性內膜硬變ハ嘗テ古クヨリ行ハレタル靜脈ノ慢性產出性炎ノ結果ニ外ナラズ此炎ハ更ニ竇及左右ノ肝靜脈開口ニモ行ハレ甚シク狹窄セラルヽナリ斯ノ如ク肝靜脈下大靜脈狹窄—硬變ノ因リテ來ル原因ニ至リテハ果シテ梅毒性ナルヤ或ハ又單ニ機械的外傷的ノ橫隔膜ノ牽引(例ヘバ咳嗽ノ持久スルガ如キ)ニ因ル靜脈ノ內膜組織ノ離斷ノ結果ナルヤ(Chiari)否ヤハ甚ダ解釋ニ苦シム所タリ此ニ關シ病歷其他ノ剖見錄等ノ記載ヲ缺クハ頗ル遺憾ナリ併シ乍ラ上揭ノ如ク肝靜脈ハ獨リ竇ヘノ開口部ニ於ケルノミナラズ肝實質內

肝臟ハ其右葉通常ヨリ大ナレ𪜈左葉稍萎縮セリ肝表面ハ上下兩面共ニ全ク米粒大ヨリ小豆大—鳩卵大ニ達スル半球狀ニ膨隆セル小結節ニヨリ顆粒狀ヲ呈シ被膜ハ一般滑澤ナレ𪜈二三ノ大結節ノ頂ニ於テハ僅カニ瘢痕樣陷凹ヲ示シ靭強ナリ結節ノ質全ク軟ニシテ間々僞性波動ヲ呈ス爾他右葉部及全左葉到所米粒大乃至小豆粒大灰白色硬キ小結節ニヨリ細顆粒狀ヲナス

(割面)主腫瘍ハ始ンド全右葉ニ占座シ細大種々ノ結締織索條ノ網ト灰白黃色渾濁セル軟弱有孔性「ザクザク」ナル實質島トヨリ成リ實質ハ脫離シテ明カニ胞巢狀海綿狀造構ヲ呈ス實質ト間質トノ割合ハ隨所同樣ナレ𪜈細檢スレバ腫瘍中心部ハ周緣部ニ比シテ間質ハヨリ增殖セリ尙所々出血竈ヲ見ル腫瘍ト周圍肝組織トノ境界稍々急峻ニシテ肝組織ハ壓迫萎縮ニ陷リ僅カニ肥厚セル被膜ヲ以テ明カニ區劃セラル尙又主腫瘍內ニ包埋セラルヽ門脈枝ハ全ク腫瘍質栓塞ヲ以テ充塡セラル

(肝組織)門脈幹枝及小枝ヨリ分派セル灰白結締織輪ニヨリテ米粒大小豆大ノ實質島ニ區劃セラレ明カニ輪狀硬變ヲ呈シ內ニ走行セル腫瘍栓塞ヲ有スル門脈分枝ノ周圍ニ多數ノ轉移腫瘍結節ヲ有ス

スルモ―間質ノ增殖ヲ來シ殊ニ此レヨリハ實質缺損ノ著大ナル場合ニ於ケルハ結節狀增生ノ現ハルヽヿ普通硬變ノ時ヨリ更ニ顯著ナルヲ常トスルガ如ク本例ニ於ケルモ實質ノ肥大增生ハ今尙ホ熾ンニ行ハレ居ルヿ組織檢索ニ由リ明ラカナリ而シテ此ノ結節狀增生ト腫瘍トノ間ニハ必ズヤ密接ナル關係ノ存在スルヿハ疑無シト雖モ現今兩者ノ關係ヲ追究スルヿハ全ク不可能ノ事ニ屬ス

要之本例ハ肝靜脈硬變ニ因リ肝臟內ニ行ハレタル慢性鬱血ノ爲メ實質ノ壞死變性消失ヲ致シ此レハ補綴的ニ間質ノ增殖(鬱血性硬結 die cyanotische Induration)及殘存肝細胞ノ代償的增生―結節狀增生ヲ繼發シ遂ニ不明ノ要約ノ下ニ斯ル肝臟內ニ實質性癌腫ノ發生セル者トシテ實質性肝癌ト肝硬變トノ關係ノ說明上普通硬變ナラザル鬱血性硬變ニシテ特ニ結節狀增生ノ顯著ナル肝ニ於テモ癌腫ノ發生ヲ吾人ニ敎ユル者ナリ

(第八實例)

○解剖的診斷(貯藏標本)

實質性原發肝癌兼輪狀硬變

○肉眼的所見

ニ迂曲セル太キ實性細胞束ガ肝組織ノ如クニ網狀ニ結合シタルモノヨリナリ(違型的發育)各索條ハ必ズ細狹ナル又ハ强度ニ擴張セル毛細管網ニヨリ圍繞セラレ實質ト血腔ヲ覆フ內被細胞層トノ關係親密ナルモ其狀一樣ナラズ毛細管ハ實質細胞束ヲ圍繞スル者多シト雖モ所々擴張セル毛細管ヲ圍繞スル者ニ於テハ數列ノ細胞群ニ被蓋セラルヽアリテ一見血管肉腫狀ヲ呈ス

(實質細胞)實質細胞束ノ毛細管ニ直接セル幼若細胞ハ主トシテ低圓柱狀ニシテ規則正シク毛細管ニ密着シ放線狀ニ排列セルモ細胞束ノ中心部ニ行クニ從ヒテ細胞ハヨリ大トナリ形又骰子形乃至多角形トナリ細胞ノ配列疎トナル細胞ハ一般ニ肝細胞ヨリ少シク大、細胞體ハ「アニリン」色素ニ對シテ染色弱ク顆粒ニ乏シク內ニ胆色素質ヲ容レズ核ハ比較的大着色强ク內ニ多數ノ正型又違型的分割像殊ニ核小體ハ核外ニ脚子狀ニ脫出セル者又ハ分芽狀態ヲ認ム核仁著明ナリ多クハ單核殊ニ周緣ニ該當シ又ハ全分野實質ハ强ク相壓排ヲ蒙ムリ毛細管網此レニ隨伴セズ全體ハ紡錘狀細胞肉腫ノ如キ像ヲ呈スルモノアリ

實質細胞ハ諸種ノ退行變性ヲ示シ一方殊ニ太キ細胞束ノ中央部又ハ血腔內全栓塞質ハ殆ンド全ク壞死變性ニ陷リ又ハ大ナル實質分野ハ特有ノ肝癌像ヲ示スモ

肝靜脈膽囊膽管肝門淋巴腺ニ異常ヲ見ズ

肋骨轉移

肝ト共ニ貯藏セラレタル二三ノ肋骨ノ一片ヲ見ルニ就中一ノ肋骨ハ長軸ニ一致シ平等卵圓狀ニ腫大シ全體ノ大約鵝卵大軟弱ナル腫瘍質ト化シ骨部トノ境界層ニ於テ骨析ヲ來セリ腫瘍ハ寧ロ胸腔側ニ强ク膨隆シ骨膜尙保存セラレ局所ノ胸膜僅カニ纖維狀ニ肥厚ス割面ニ就キテ見ルニ殆ンド全ク腫瘍質ト化シ唯僅カニ硬キ小骨片ヲ內ニ觸知シ得ルノミ質又原發竈ト同ジク軟化壞死出血等正型的轉歸ヲトリ居ルヿハ注意ス可キヿナリ所々骨膜ヲ突破シ肋間筋ニ浸潤セリ

肝臟自家及肋骨轉移トノ外詳細ナル記載ヲ缺ク

○顯微鏡的所見

(I) 主腫瘍

腫瘍ハ既存ノ肥厚セルグリソン氏鞘ニ一致セル結締織及此レヨリ分派セル尙細小結締織索ト此レニヨリ區劃セラレタル大小種々ノ實質分野ヨリ成ル腫瘍ハ其肉眼的所見ニ於ケルガ如ク鏡下ニモ其造構變狀一トシテ實質性肝癌ニ特有ナラザルヿ無ク大小種々ノ實質分野ハ橫又縱斷セラレタル圓形卵圓形乃至圓柱狀

トイフ元型ヲ失ヒテ胞巢ヲ圍繞スル間質ハ内ニ毛細管ヲ封入スレモ肉眼的ニ見タルガ如ク中心部ニ於テ增殖セル結締織ノ爲メニ胞巢ハ壓迫ヲ蒙ムリ萎縮細狹トナリ遂ニ全ク湮滅セリ此間質内ヲ走行セル硝子樣索條ハグリソン氏鞘ニシテ内ニ稀少ナル萎縮セル既存細胆管小肝細胞群細小腫瘍竈及群簇的ノ圓形細胞浸潤ヲ見ル外擴張セル肝靜脈又ハ腫瘍質ノ充塞セル門脈分枝等ヲ含メリ間々腫瘍質ト共ニ單純壞死ニ陷リ又粘液樣ニ變性シ又出血ヲ認ム可シ

而シテ結節ノ尙幼若ナル殊ニ新シキ栓塞質ニ在リテハ間質結締織ト實質ノ間ハ内被細胞ノ二列ヨリ成ル毛細管ニテ明カニ區劃セラルヽト雖モ少シク舊キ者ニ在リテハ間質結締織ハ上記ノ如ク毛細管ニ隨伴シ此レニ關係ナク周圍ヨリ直接實質内ニ侵入スル爲メニ間質ト實質トノ區劃判然タラザル者アリ

(血管ノ性狀)肝動脈壓迫狹小トナリ又ハ全ク栓塞セラレ僅カニ彈力纖維束ヲ殘スニ過ギズ肝靜脈到所擴張シ血液内ニ僅少ノ腫瘍細胞ヲ容ル門脈分枝ハ殆ンド總テ腫瘍ノ栓塞ヲ蒙ムリ新鮮ナル栓塞塊ハ其全周ニ亘リ血腔ニヨリ圍繞セラレ又此レヨリ毛細管網ノ分芽進入セル者アレモ古キ者ニテハ如上栓塞ハ毛細管ニ隨伴セル結締織束ニヨリテ組織化セラレツヽアルナリ而シテ血管腔ハ或ル者ハ壓

細胞ハ全ク脂肪變性ヲ示シ明性トナリ核モ亦諸種ノ退行病變(萎縮又 Pikinose 分葉像、空胞生成、核溶解、核消失等)ヲ呈シ内ニ汚染セル多核ヲ有スル巨態細胞ハ周圍トノ關係上融合性ノ變性的産物ニシテ決シテ進行性增殖性ノ者ニ非ザルヲ想ハシム

尙毛細管ノ强ク擴張セル所ニテハ好ンデ出血ヲ來シ周圍ノ實質及間質ト併セテ血液ヲ以テ浸淫セラレ壞死ヲ呈ス斯ル變狀ハ腫瘍ノ周緣部ニ少ナク中央部ニ多シ

尙顯著ナルコハ實質束索ヲ境界セル擴張セル毛細管内所々明カニ石灰顆粒ノ嵌入シ又實質内ニ沈着セルアリテ局所ノ腫瘍細胞ハ何レモ半壞死ヲ示シ此ニ腫瘍細胞間及細胞體内ニ同樣ニ着色セル細顆粒狀石灰粉末ノ浸潤セル者アリ此ニ就キテハ後段記載スル所アル可シ

(間質ノ性狀)間質ノ實質ニ對スル量的關係及其性狀ハ主腫瘍ノ中心陳舊部ト周緣幼若部トニ由リ一樣ナラズ切片ノ一方中心部ニ近ク殆ンド硝子樣ニ見ユル肥厚セルグリソン氏鞘ヨリ分派岐出セル細微ナル幼若結締織束ハ漸次腫瘍細胞束間ノ毛細管ニ隨伴シツヽ侵入シ爲メニ腫瘍ノ胞巢索條ハ毛細管網ニテ圍繞サルヽ

稍大ナル胆管擴張シ多量ノ胆汁ヲ容ル間質或ハ肥厚セル被膜トシテ肝實質小島ヲ圍繞シ或ハ小葉内ニ細微ナル結締織束ヲ送入ス從ツテ小葉ハ多數ノ不正ナル細胞束及細胞群ニ分離セラル

實質細胞ハ強ク黄疸色ヲ呈シ生理的肝組織ニハ見得可カラザル細小細胞間胆道ハ黄褐色ノ胆汁塊ヲ入レ著明ニ見ラル可ク又殊ニ中心靜脈ニ近ク小葉内毛細管ハ強ク擴張シ從テ肝細胞索萎縮細狹トナル反之小葉ノ周緣部又ハ間質内ニ包埋セラレタル肝細胞小島ハ寧ロ強ク局所性肥大ヲ呈シ顆粒ニ富メル大ナル細胞體内ニ核材多量ノ大核ヲ藏シ間々斯ル肥大細胞ノ一定數相集マリテ胆汁塊ヲ容ルヽ小管腔ヲ圍繞シテ花環狀像ヲ呈スル者アリ(結節狀增生)テ持續的ニ上記萎縮セル細胞束ニ連絡ス

尙ホ實質内所々限局性小脂肪變性竈ヲ見ル局所ハ組織全ク明性トナリ染色惡シキ核ヲ有スルヨリスレバ何カ營養障害ニ因スル細胞ノ壞死變性ナル可シ即チ明斑ト見テ差支ナシ

細小胆管增殖スレ𪜈異常ナク肝靜脈及門脈分枝到所擴張シ所々少數ノ腫瘍細胞ノ血腔内ニ浮遊セル者アリ内膜ニ何等ノ異常ヲ認メズ

迫強キニ由リ毛細血管腔ハ細狹ナルニ反シ腫瘍質ノ斯ク管壁ヲ突破シテ小葉内ニ葢狀ニ侵入增殖セル者ニ於テハ一方ニハ組織ノ壓力減退ニヨリ又他方ニハ實質内毛細管網ハ直接周圍ノ肝小葉内毛細管ト直接連續セルガ爲メニ益々擴張シ來ル像ヲ明カニ追究スルヿヲ得可シ

毛細胆管通常大胆管ハ萎縮湮滅ノ狀態ニ在リ

(II) 左葉ノ遊離緣部ヨリ截取セル二切片

切片内ニ多數ノ豌豆大ニ達スル轉移結節アリ周圍ト肝組織ハ爲メニ壓排萎縮セラル各結節ハ原發竈ト同ジク正型的實質性肝癌像ヲ示シ斯ル小形ノ者ニテモ尙且ツ壞死變性軟化ヲ示シ又或ル者ハ核ノミ保存セラレ成形質ハ全ク脂肪變性ニ陷リテ明性トナリ細胞膜著明トナリタル腫瘍細胞ノ束條ガ尙ホ且ツ毛細管ニテ圍匝セラルヽヿヲ忘レズ尙又僅カ乍ラモ此等小結節ノ周緣部ニ在リテハ極微細ナル結締織膜葉ノ毛細管ニ伴ヒテ實質内ニ侵入シツヽアル者モアリ

(III) 肝組織

間質結締織肥厚シ所々輪狀硬變像ヲ呈スル所無キニ非ザレドモ一般ニ樹枝狀ニ增殖シ内ニ多量ノ圓形細胞群簇ト殊ニ小葉周緣部ニ接シ增殖セル毛細胆管ヲ有シ

至平滑ニシテ特ニハーベル氏管ノ缺壞セルモノヽ外ハ特ニ截痕隙窩ヲ示サズ全周ニ亘リ全ク靭強ナル結締織ニヨリ包埋セラル而シテ此小骨片ノ邊緣ニ於ケル變狀ヲ詳細ニ檢索スレバ大體ニ於テ二樣ニ分タル可シ即チ

(一)骨片ノ中央ハ緻密ニシテ「ヘマトキシリン」ノ浸漬ヲ受ケズ强ク光線ヲ屈折スレモ邊緣部ニ於テハ骨片ハ暗青染細顆粒狀ノ頽癈質ノ狹キ層ト化シテ上記緻密質トハ常ニ暗紫青染セル波動狀乃至直線ニ由リテ境界セラルヽニ反シ周圍ノ間質ニ向ツテハ漸次消滅シ吸收セラルヽノ像著明ナリ而カモ間質ト骨片トノ間ニ何等ノ腫瘍組織細胞又巨態細胞ヲ見ズ又彼ノ肉腫ノ骨轉移ニ見ルガ如キ隙窩截痕ヲ認メズ併レモ骨片ハ常ニ結締織ニテ圍繞セラルヽトハ不限シテ癌實質ガ直接骨片ニ接觸セル有リテ近隣腫瘍細胞ハ如上石灰鹽ノ細顆粒末ニヨリ沈着セラレテ半壞死トナル又骨片ヲ離レテ癌細胞ニ多核巨態細胞ノ一二アレモ此ハ骨吸收ニ關與セズ否寧ロ此ハ癌組織ノ違型的增殖ニ因スル產物ニシテ食骨細胞的ノ意味ヲ有セザルモノナラム

(二)骨梁ノ一方又ハ全周ニ亘リ骨片ハ上記ノ如ク石灰鹽ノ顆粒狀ノ變性吸收ノ如キ像ヲ呈スト雖モ骨片ト周圍ノ結締織トノ關係親密ニシテ骨片ノ邊緣ニ於テ

顯著ナルハ二三ノ門脈枝血管腔内ニ所々「ヘマトキシリン」ニ由リ暗青染粉末細顆粒質ヲ有スル諸種ノ試驗ノ結果ハ石灰質ナルヲ知得セリ元ト石灰鹽類ノ血管内ノ轉移ハ頗ル珍トス可キ者ニメ本例ニ於テモ身體ノ何所カニ骨破壞性病機ノ長時持續スルアリテ可溶性石灰鹽ハ血中ニ溶解シ遠隔部ニ輸送轉移沈澱セラレタル者ナラントハ第一ニ起ル可キ問題ナリ此點ニ關シ本例ニ於テモ腫瘍ノ肋骨轉移ヲ來セルコハ頗ル趣味アル所ナリトス

(IV) 肋骨轉移

如何ナル範圍ニ於テ肋骨ニ轉移ヲ來シタルヤ否ヤヲ知ルコ能ハザレモ兎ニ角肋骨ニ於ケル癌腫浸潤ハ可成リ進捗セル者ナリ肋骨ハ殆ンド全ク腫瘍質ト化シ腫瘍ノ造構原發竈ト酷似シ尚纖ンニ增殖セル所アルニシテモ大部分ハ脂肪變性ニ陷リ核モ亦諸種ノ退行變性像ヲ呈シ所々出血ヲ來シ大血囊胞ヲナスモノアリ而シテ肥厚セル骨膜ヨリ分岐派出シテ網眼狀ヲナス間質ハ細胞ニ乏シク纖維性強靭結締織ニシテ實質ヲ大小種々ノ分野ニ區劃シ間質ヨリ分カレテ細微ナル結締織膜葉ハ腫瘍ノ毛細管ニ隨伴シテ胞巢内ニ侵入セリ而シテ間質内所々擴張セル血腔ヲ有スル外圍柱狀乃至長短紡錘狀ノ小骨片ヲ包埋ス骨片ノ邊緣ハ波狀乃

○第八實例ノ所見摘要及考按

本例ハ殆ンド全肝葉ニ亘リ腫瘍結節ヲ以テ充實セラレテ輪狀硬變兼結節狀增生像トノ區別判然タラス然リト雖モ右葉內ニ於テ特ニ變化ノ著明ナルニ於テハ多分ハ此方ニ原發セル者ノ血行ヲ介シテ兩葉ニ普ク蔓延シ肋骨ニ迄モ轉移セル者ナリ而シテ總テノ所見ハ實質細胞ヨリ發生セル肝癌ニ一致シ多數ノ違型的核分剖及多核巨態細胞ヲ混ジ居ルヿ及其他ノ造構ハ全ク違型的發育ヲトレル者ニ屬ス而メ間質實質ノ區別ナク隨所ニ變性壞死ヲ呈シ殊ニ肋骨轉移竈ニ於テハ細胞ハ廣汎性ニ明性トナリテ脂肪變性(一部ハ「グリコーゲン」變性モ有ルナル可シ)ヲ示シ出血ノ結果血液ノ浸淫血囊胞ヲ作ルモノ稀ナラズシテ實ニ實質性肝癌ノ總テノ運命ヲ繰返シ居ルヿ他ノ諸例ト撰ブ所ナシ而シテ本例ニ於テ著シキハ細胞ハ他ノ諸例ニ比シテ一般ニ明性ノ度強キヿト內ニ胆汁塊又顆粒ヲ容レザルニ在リ細胞ノ明性ナルハ一部ハ無論肝細胞ヨリ發生セル癌腫ノ殊ニ幼若ナル者(總論參照)ニ比ス可ク他ハ全ク退行性病變トシテノ脂肪變性「グリコーゲン」變性ニ原因スル者ニシテ本例ニ於テハ寧ロ後者ハ前者ニ優リ強ク行ハレツヽアル者ナル可シ別ニ奇トスルニ足ラズ

骨小體ハ漸次膨大シ骨細胞核モ亦大トナリ骨緣ニ骨生形細胞樣ニ規則正シク配列シ細顆粒狀石灰鹽ノ浸漬セルアリ斯ル骨生形細胞ニ似タル者ト結締織間質トノ間ニハ多稜多角形細胞ヨリ成ル所ノ纖維ニ富メル强靱結締織ノ介在シテ骨片ト間質トノ媒介ヲナシ徐々ニ移行セリ加之此等ノ結締織ハ何レモ陳舊性ニシテ殊ニ直ダ樣粘液樣組織ニ變性シ何等肉芽樣像ヲ示サズ故ニ骨新生ニ非ザルハ勿論ナリ寧ロ退行的病機ニ隷屬ス可キ骨片ノ結締織纖維ニ化生(Metaplasie)シツヽアルモノナルコヲ想像スルノ頗ル穩當ナルヲ知ル

要之癌組織ノ骨轉移ニ於テハ癌細胞ハ直接骨吸收ニ與ラズ松岡博士等ニ據レバ主トシテ間質結締織ニ由リ漸次平滑「エロヂオン」(Glatte Erosion)又ハ膜葉分離(Lamellaere Abloesung)ヲナスト」ノ事ナルガ他方ニハ假令僅少ナルニモセヨ骨片ハ化生的ニ結締織—粘液樣組織ニ變質シ此ノ兩病機並ビ行ハレテ漸次吸收浸蝕セラルヽ者ニ似タリ

尙骨片ヲ圍繞スル所ノ間質ハ極少量ニシテ他方癌實質ニ直接シ而カモ癌胞巢間ノ擴張セル毛細管ト境ス斯ル部ヲ去ルコ遠カラズシテ同ジク擴張セル毛細管腔內ニ同樣ノ石灰鹽ノ沈着又ハ循環セル者ヲ認ム

脫出セル者ナルカ肋骨等ニ轉移ヲ生ゼルニ鑑ムルモ本例腫瘍ノ餘程違型的ニシテ既ニ分泌官能ヲ失ヘル者ト見ルヲ可トス

次ニ原發性肝癌ガ肋骨內ニ轉移ヲ來セルコハ頗ル奇トスル所ナリ而シテ癌腫ノ骨轉移ノ際骨吸收作用ノ病機ニ關シ曾ツテ松岡博士ハ「癌細胞ハ直接骨吸收ニ關與セズシテ其間質結締織ハ直接骨組織ヲ包擁圍繞シテ以テ漸次吸收シ湮滅セシムル者ニシテ偶々 Ernst von Mirault 氏等ノ唱フルガ如キ巨態細胞表ハル、モ餘リ吸收作用ニ參與セズ」ト唱導セラレタル所ナリ然リ本例ニ於テモ亦同博士ノ所論ノ頗ル當ヲ得タルコヲ信ゼシム即チ間質內ニ包埋セラレタル骨片ハ何レモ其ノ邊緣ハ直線狀乃至波動狀ヲ呈シ既存ノハーベル氏小管ノ一方缺損セラレタル者ガ截痕樣ニ存在スルノ外ニ特ニ骨吸收ニ因ルト思ハル、截痕隙窩ヲ見ズ又緻密質トシテ存在セル骨片ニ對シ明カナル境界線ヲ區劃シ此ヨリ間質ニ向ヒ石灰質ハ極微細ナル顆粒狀無造構ノ質ト成リ糢糊トシテ漸次湮滅吸收セラルコハ余ガ曾テ肺ニ於ケル惡性混合腫瘍(肉腫性癌)ノ實例ノ肋骨轉移ニ於テ實見シタル所見ト全ク一致セリ(業報癌第二年第二冊參照)但シ肉腫ノ時ト異ナリテ癌腫轉移ノ際ニハ何所ニモ截痕隙窩ヲ見ズシテ全ク平滑ナエロヂオンヲ示シツ、吸收作用

次ニ膽色素ノ缺如ハ一概ニ此ヲ以テ人工的所見トス可キカ即チ切片作製ノ爲メニ漸次脫失セルモノトス可キカ或ハ又腫瘍細胞ガ漸次生理的細胞ヨリ退化(Anaplasie, von Hansemann)スル徑路ニ於テ偶々其生理的官能ヲ喪失セルニ因ルヤハ今遽カニ判斷シ難キモノアリ勿論肝臟內ニ高度ノ膽汁鬱積アレバ或ハ血管—淋巴系ヲ介シテ全身黃疸ノ一徵トシテ腫瘍質內ニモ亦膽色素ノ沈着有ルコハ理論上ヨリシテ可能ノ事ニ屬ス然レ𪜈從來屢々經驗セラルヽガ如ク肝臟又タ全身ニ何等黃疸ノ徵無キ者ニ(第一實例ノ如ク)於テ偶々腫瘍細胞內又ハ花環狀管腔內ニ膽色素顆粒ヲ認ムル者アリ又肝臟內原發竈ノ腫瘍細胞ニハ此ヲ見ズ淋巴腺又ハ肺臟ノ轉移結節ノ細胞內又花環狀腔ニノミ發見スルコアリ(第五例ノ如キ)換言スレバ肝臟內ノ膽汁鬱積ト腫瘍細胞內ノ膽色素顆粒トノ間ニ直接ノ關係無キ者ノ如ク全ク膽汁分泌ハ腫瘍細胞ノ生理的官能ヲ摸倣セル者ト見ラル可キ者ナリ反之本例ニ於テハ肝臟內ニハ高度ノ黃疸ヲ呈シテ常態ニテハ見得ラレザル細胞間毛細膽道マデモ明カニ窺知シ得ルニモ不拘此內ニ包埋セラルヽ腫瘍細胞內ニハ殆ンド全ク此ヲ缺如セルヨリ推量スルニ本例ニ於テハ腫瘍細胞ハ全ク退化的ニ膽汁分泌機能ヲ失ヘル者カ或ハ極少量ニシテ「アルコール」「エーテル」等ノ爲メニ漸次

(第二)花環狀像ニ乏シキコト、

(第三)胆汁分泌作用ノ缺如スルコト、

此レナリ隨ツテ已ニ細胞索間毛細管腔ヲ存セズ僅カニ二列ノ内被細胞ニテ其痕跡ヲ認メ若シクハ全ク纖維組織ノミヲ存スルヤ一見實質性肝癌ナラザルヤノ觀無キニ非ズト雖モ幼若ナル小結節ニ於テハ尚其固有像ヲ存スルヲ見バ胆汁分泌作用ノ喪失花環狀像ノ乏シキ肋骨等ニ轉移アル等ト相俟チテ本例ハ殆ンド腺腫性ヲ失ナヒ眞ニ癌腫性ヲ獲タル者ト認ム可キナリ、

(第九實例)

高橋某　五十三歲男(青山内科)

○臨床的診斷　肝臟癌(?)

○(病歷)

遺傳的素因不明性來强壯ナリキ廿一歲ノ時梅毒ヲ病ミ、鼠蹊部ニ無痛橫痃ヲ生ジ毛髮脫落セリ中等度ノ酒飮家ナリ、

昨年(明治三十八年)十二月肝臟部ニ約二十日間疝痛ヲ訴ヘタレモ黃疸及寒戰ハナカリキ今年七月偶然手拳大ノ腫瘍塊ヲ上腹部ニ觸知セリ爾來該腫瘍ハ急速ニ容

ヲ逞ウスルコヲ學ビ得タルナリ

所々腫瘍細胞ガ直接骨組織ニ接觸セル者アレ𪜈何レモ皆上記石灰鹽ノ顆粒ニヨリ浸淫セラレテ壞死ニ陷リテ到所此種ノ癌細胞ガ作働性ニ骨吸收ニ參與スルトハ考ヘラレズ即チ癌細胞ハ骨吸收ニ何等ノ意義ヲ有セズ

而メ本例ニ於テ余ハ骨梁ノ邊緣ニ於テ骨緻密質ハ漸次纖維性ニ分離シテ多稜多形ノ結締織細胞ヲ包含スル所ノ結締織ニ化生シタルモノハ間モナク粘液樣粗鬆質ニ變性シ漸次化生的ニ骨組織ハ消滅ニ傾キツヽアル像ヲ見タリ斯ノ如ク化生的ニ生ジタル結締織ハ勿論癌組織ノ間質ト何等ノ關係ヲ有セザルコハ明カナリ或ハ知ラズ肉腫又肉芽等ニ由ラザル癌腫ノ轉移發育ノ爲メノ骨吸收ハ總テ斯ル化生的機能ニ由リテ行ハルヽニ非ザルカヲ

要之骨吸收ハ平澄「エロヂオン」ト化生的變性トニ由リテ漸次消失スル者ノ如シ從ツテ骨轉移竈毛細管内ハ勿論肝臟ニ於ケル主腫瘍ノ毛細管腔内又ハ實質細胞ノ所々石灰鹽ノ沈着—(Kalkmetastase nach Virchow) 石灰轉移ヲ示セルナリ

終リニ本例ガ上來ノ數例トハ大ニ趣ヲ異ニシ

(第一)細胞束間毛細管網ニ沿フテ忽チ結締織纖維ヲ生ズルノ性質

(七)急性腸胃加答兒

(八)腎臟ノ脂肪變性

○肝ノ肉眼的所見

肝ノ容積增大シ二九—二二—一一c.mヲ算シ下方臍窩ニ達ス左葉ハ著シク腫大シ其全部及右葉左半部ハ全ク强靱ナル腫瘍塊ニ變ゼリ此ヲ被フ被膜ハ平滑ナリト雖モ表面ハ一般暗赤色ヲ呈シ內ニ粟粒大ヨリ拇指頭大ニ到ル所大小不同多少隆起セル無數ノ黃白色ノ軟キ顆粒狀凸凹結節アリテ結節ハ主腫瘍ノ附近ニ於テ磊塊狀念珠樣ニ連結シ以テ健存肝組織ニ對シテ一大輪廓ヲナス尙此等ノ小結節ハ右葉左半部ニ密在シ右半部ニ稀少トナル

(割面)主腫瘍ハ全左葉及右葉左半部ニ占坐シ約小兒頭大健存右葉部ニ對シテ明カニ境界セラレ其造構間質結締織網ト帶黃灰白色ニ渾濁セル脆弱實質島トヨリ成リ海綿狀ヲ呈ス隨所ニ出血變性壞死竈ヲ示ス腫瘍組織中ヲ走行セル門脈肝靜脈一般ニ擴張シ殊ニ門脈系ハ其幹枝ヨリ細枝ニ至ルマデ內腔ハ所々暗赤色凝血塊ヲ混ゼル灰白海綿狀腫瘍質ヲ以テ塡塞セラル

(健存肝組織)表面被膜ハ微弱ナル皺襞ニ富ミ其邊緣ハ銳ニシテ菲薄割面暗赤帶褐

積ヲ增大セルモ何時ヨリ黃疸起リシカヲ不知、食機不振呼吸困難追々ト羸瘦シ來リ時々嘔吐ヲ催シ八月廿七日本學青山內科ヘ入院セリ入院當時輕度ノ皮膚黃疸色ヲ呈シ浮腫ナシ腹部上部ハ不規則ニ膨隆シ三條ノ擴張迂曲セル靜脈ヲ認ム腹壁上半部ニ約大人頭大腫瘍アリテ其下緣臍窩ノ高サニ一致ス表面不平磊塊狀ニ質靭強遊離緣不規則ナリ

腫瘍ハ肝臟ニ移行セリ腹水ナク唯々左側鼠蹊腺ハ蠶豆大ニ硬ク腫脹セルノミナリ尿ハ强ク暗褐黃疸色ヲ呈シ蛋白痕跡アリ糖分ナシ

翌廿八日吃逆苦悶呼吸困難相踵ギテ起リ廿九日遂ニ易簀ス

○解剖的診斷

(一)原發性肝癌

(二)肝臟自家及肝門、後腹膜、淋巴腺轉移

(三)ドーグラス窩散種

(四)全身黃疸

(五)出血性腹水(二五〇〇c.c)

(六)門脈幹腫瘍血栓及破綻

ムニ從ヒテ多角骸子形トナリ大サヲ增ス相互ノ境界不明ナリ細胞體顆粒ニ乏シク淡赤染明性胆色素顆粒ヲ藏セズ核ハ大濃染シ多數ノ正型—違型的核分剖像ヲ有スル而レモ胞巢ハ總テ實性ニシテ特ニ細胞群ノ花環狀配列ヲ見ズ胞巢ノ幅廣キモノニ在リテハ細胞ノ增殖ハ營養機ト相並行セズ常規トシテ其ノ中央部ニ壞死脂肪變性行ハレ頗癈質內多少「コレステリン」平板ノ斷面ヲ示シ或ハ軟化液化シテ空洞ヲ作ル此等變性壞死部ト健存部トノ境界鈍又銳ナリ

實質群ヲ圍繞スル毛細管ハ所々強ク擴張シ其極破綻シ實質內ニ廣汎性出血—血液浸淫ヲ認ムレモ他所ニ於テハ殊ニ腫瘍細胞增殖旺ンナル所ニテハ實質ハ擴張セル毛細管ニ內被細胞ヲ突破シテ其血腔內ニ突進シ腫瘍細胞ハ此所ヨリ離斷セラレテ近接毛細管網內ニ介在スルモノアリ血腔ハ强ク充血スルト雖モ所々「エオヂン」及ワンギーソン氏染法ニヨリテ明カニ染色ヲ異ニセル纖維素塊アリ內ニ多數ノ半壞死ノ白血球ヲ包埋ス恰カモ鑄型ノ如クニ血腔ヲ充實シ進ンデハ出血竈內ヨリ實質細胞內ニマデ及ブ斯ル纖維素ハ殊ニ實質島ノ周緣間質ニ近接スル所ニ在リテハ一部組織化シテ而カモ內被細胞ノ單列ヲ以テ全ク圍匝セラルルモノアリ

小葉ノ大サ通常ヨリ小所々無數ノ小結節ヲ藏スグリソン氏被膜增殖ノ像ナク肝實質內胆管ハ勿論總輸胆管ニ異常ヲ認メズ肝門及後腹膜淋巴腺ハ示指頭大癌腫樣ニ腫脹セリ

○顯微鏡的所見

(I)(左葉主腫瘍ノ左緣部)

切片ハ殆ンド全ク腫瘍質ヨリ成リ僅少ナル殘存肝組織ヲ藏スル細大粗密ノ結締織性間質ト此ニ由リテ圍繞セラルル圓形卵圓形圓柱狀實質ノ相連結セル大小種々ノ細胞分野トヨリ成立ス

實質島ノ造構到所同樣ナリ即各々ハ強ク擴張セル毛細管網ニヨリテ圍繞セラルル圓形卵圓形石垣形乃至相連結セル實性胞巢又ハ索條狀ヲナセル腫瘍細胞群ヨリ成ルト雖モ所々反對ニ實質細胞ハ橫斷セラレタル毛細管ヲ圍繞シ其周圍ニ放線狀ニ排列シタル細胞群(一見血管肉腫ノ觀アリ)ヲナスモノアレ尤尙且ツ毛細管網ニテ圍繞セラルヽコヲ忘レズ(違型的發育)

(腫瘍細胞)ハ生理的肝細胞ヲ超ヘ其大サ頗ル不正ニシテ毛細管ニ接觸セル者ハ殆ンド規則正シク低圓柱狀形小ニシテ放腺狀配列ヲトルト雖モ索條ノ中央ニ進

デ突入セルモノモ少ナカラズシテ明カニ腫瘍栓塞内ノ血管新生ノ初期ヲ學ブヿヲ得可シ(此詳細ナル記載ハ「癌」第一年第二册今村氏論文ヲ參照ス可シ)

(間質ノ性狀)

廣狹一樣ナラズ何レモ血管(栓塞セラレ又否ナル者)ニ富ム疎鬆幼若結締織ニメ内ニ稀少ノ圓形細胞浸潤アリ就中結締織纖維ニ富ミ細胞核ニ乏シキ緻密組織ハ肝動脈擴張セル肝及門靜脈枝ヲ有シ强度ニ壓迫セラレ萎縮セル粗大胆管ヲ伴フヨリシテ既存ノグリソン氏鞘ノ肥厚セルモノナルヲ知ル爾他ノ粗鬆核ニ富メル幼若性ノモノハ胆色素顆粒ヲ入ル、半バ壞死ヲ呈スル肝細胞ノ强ク壓迫萎縮(僞性胆管トナル)セルモノヲ有スルヨリシテ此幼若結締織ハ肝小葉ノ腫瘍發育ニ因ル萎縮—代償性增殖ニヨルヿ明カナリ

間質ト實質トノ關係ハ到處全ク銳唯々腫瘍栓塞質ノ一側組織化セル所ニ於テハ其區別判然タラザルノミナリ而シ乍ラ腫瘍島ノ少シク大ナル者ニ在リテハ各胞巢間毛細管腔ニ沿ヒテ間質ノ微細ナル索條ハ徐々實質内ニ侵入シ内被細胞ト實質細胞トノ間ニ深ク增殖セル者アレ斯ル結締織增殖ハ腫瘍ノ周邊部ニノミ限局シテ中央部ニハ認メラレズ、

實質島ト此レヲ圍繞スル間質結締織トノ關係ハ全ク疎ニシテ鋭ナリ多クハ毛細管腔乃至二列ノ內被胞列ハ相互ノ境界ヲナシ又間質內ニ萎縮殘存セル平滑筋又ハ萎縮離斷セラレタル彈力纖維ヲ藏スルヨリ推論スレバ此等腫瘍群島ハ大小管腔ヲ介シテ來レル栓塞性轉移結節ナルヤ疑ナク殊ニ腫瘍群ハ血管ノ分枝ニ一致セル胞巢ヲ形成シ又間質內ニ所々細長ナル實性胞巢ヲナスモノハ明カニ淋巴系ヲ介シテ來レルモノナル可シ而シテ斯ク血管腔內腫瘍栓塞ハ全ク旣存血管內被細胞ト連絡セル肥大セル內被細胞ニヨリテ全緣ニ亘リ圍匝セラレ或ハ此ノ毛細管網ニ由リ固有ノ實質胞巢ノ分野ヲ形成スルト雖モ殊ニ太キ血管ニ於テハ腫瘍塊ハ血管內膜ト密ニ癒着シ間質結締織トノ境界不明トナリテ微細ナル幼若結締織ハ徐々ニ實質內ニ浸入增殖セリ尙腫瘍栓塞ハ隨所ニ血管壁ヲ突破シテ堤狀ニ周圍間質內ニ進入增殖セルモノモアリ

尙小血管ヲ充塡スル腫瘍細胞島ノ全ク遊離セル者ハ其中央部ニ於テ變性壞死ヲ免レズト雖モ其周邊內被細胞ノ被蓋ヲ細見スレバ表面ヲ被フ內被細胞ハ所々溝狀小漏斗狀ニ陷凹シ內ニ赤血球ヲ充塡シ此レヨリ極細長ナル內被細胞ノ二列ヨリナル毛細管ノ分芽ハ深ク實質內ニ侵入シ而カモ中心壞死變性ニ陷レル部マ

少ナル管腔ヲ圍繞シテ不完全乍ラモ花環狀像ヲ呈ス

(III) 肝組織ノ性狀

肝莢膜及ビグリソン氏鞘ハ僅カニ增殖シ內ニ所々散在性ニ稀少ナル小圓形細胞浸潤ヲ認ムレモ毛細胆道及胆管ハ增殖茂生ナク小葉ハ生理的ヨリ遙カニ縮小シ中心靜脈肝毛細管網及ビ門脈分枝何レモ強ク擴張セリ

小葉ハ主トシテ其中央部ニ輕度ノ萎縮ヲ來スト雖モ小葉ノ周邊部即グリソン氏鞘ニ近接セル肝細胞索ハ一般ニ肥大シ通常肝細胞ニ二三倍シ核ノ大サ又此ニ伴ヒ而カモ染色質ニ富ミ其多クハ單核ナレモ二三ノ多核ノ者モ稀ナラズ多クハ一二時トシテハ三個位ノ核仁ヲ容レ正型分剖ナシト雖モ核ハ中央ニテ縊搾セラレ「ビスケット」ひやうたん」形ヲ成ス者アリ細胞ノ境界著明ニシテ細胞體顆粒ニ富ミ內ニ多量ノ暗褐色素顆粒ヲ容ル此等肥大增生セル肝細胞ガ持續的ニ萎縮細小ナル肝細胞束ニ連續移行シオルヿ頗ル著明ナリ

肝內毛細胆道ニハ强ク胆汁ノ鬱積ヲ認ム殊ニ胆汁鬱積高度ノ所ニ在リテハ肝細胞群ハ局部的ニ脂肪變性ニ陷リテ周圍ノ肝組織ニ對シ明斑トシテ存ス

萎縮セルト肥大セル肝細胞タルトヲ不問核ハ隨所ニ核融解ニ陷リ又ハ空胞變

擴張セル毛細管ニ富ム間質ハ所々廣汎性ノ出血竈アリテ近接セル腫瘍實質モ亦爲メニ浸潤頽癈セラル

腫瘍ノ中心部ニ近ク諸種ノ退行變性旺ンニシテ殊ニ間質内血管僅少ナル所ニ在リテハ間質ハ或ハ纖維ニ富ミ核ニ乏シク硝子樣トナリ又ハ限局性ニ粗鬆ナル粘液樣變性ヲナシ同時ニ實質ハ毛細管及血液塊ト共ニ漸次壞死脂肪變性軟化ヲ來シテ頽癈質ヲ入ル、空隙ヲ殘存スルニ至ル

(II)右葉肝組織ノ一片

切片中ニ在ル口經約〇、五c:mノ門脈枝内容ハ血管網ト細胞群トヨリ其殆ンド全周ヲ繞リ厚キ纖維層ヲ以テ圍匝セラル、ヲ以テ栓塞内腫瘍細胞ハ最早多角骰子形ナラズシテ長ク延長セラレ紡錘狀ヲナセモ栓塞ハ未ダ血管壁ト癒着スルニ至ラズ

肝組織内ニ散點セル小結節ハ大體ニ於テ(I)ト同ジ細胞增殖旺盛ヲ極メ爲ニ毛細管ノ增生此ニ伴ハズヨリ小形ナル腫瘍細胞ハ雜然トシテ相集圍シテ此内ニ所々狹小ナル毛細管横斷ヲ見ルノミニテ正型的肝實質性癌ノ像ヲ示サズ此等新鮮ナル轉移竈ハ其數甚ダ稀少ナリト雖モ實性細胞群圍内ニ細胞ハ相集マリテ極微

ニ大ナル故障無カリシニ相違ナカランモ患者命ヲ終ル前ニ腫瘍ハ左枝ヨリ持續的逆行性ニ血栓栓塞ヲ作リテ門脈幹部ニ及ビ此ニ沈着セル凝血塊ト協同シ以テ門脈幹ヲ全ク杜塞シタル結果急激ノ鬱血ハ以テ靜脈壁ノ破綻ヲ來セル者ナランカ併シ乍ラ單ニ鬱血ニノミニ因リ比較的厚キ幹部ノ破綻ヲ將來スルヤ甚ダ疑ハシ寧ロ全左葉及ビ右葉ノ左三分ノ一ヲ占座セル腫瘍質ガ直接肝門部ニ近ク門脈根部又ハ其主枝ヲ浸蝕シタル結果 Haemorrhagia per diabrosin ニ因リ出血セルモノノ甚ダ穩當ナルヲ知ラル可シ

患者曾テ梅毒ヲ患ヒ又中等度ノ飲酒家ナリシト併シ乍ラ鏡下ノ所見ハ何所ニモ梅毒護謨腫ラシキ者ヲ認メズ又特ニ梅毒性又ハ「アルコホール」中毒ニ因スルレンネック氏肝硬變像ヲ見ズ唯所々間質ハ少數ノ圓形細胞乃至白血球ヲ浸潤シテ極輕度ノ樹枝狀增殖ヲ認ムレモ此ヲ以テ直ニ間質炎テフ名稱ヲ附ス可キ程ノモノナラズ小葉ハ萎縮シ所々肥大セル細胞アレモ結節狀增生ヲ呈スルニ至ラズ

要之本例ハ五十三歲ノ男子ニ原發セル實質性肝癌ニシテ特ニ間質炎テフ程度ノ變化ヲ伴ハザル肝臟ニ發生セルモノナリ而シテ果シテ梅毒カ又酒精中毒ガ(或ハ兩者共同シテ)本癌腫發生ニ直接又間接ニ關與セル者ナルヤ否ヤハ甚ダ說明ニ苦

性ヲ呈ス

○第九實例ノ所見摘要及考按

本例ハ曩キニ今村(隼稻)氏ガ本業報(癌)第一年第二册ニ於テ「血管腔內腫瘍細胞群ニ於ケル血管新生」ヲフ論題ノ下ニ極メテ精細ニ報告セラレタル者ノ第一例ニ係ハル余ハ本論文ノ主眼ニ就キテノミ論述シ詳シキコハ同氏論文ニ讓ルトセム

前條ノ所見ニヨリ本例ハ一見肝臟ニ原發シ違型的發育ヲ執レル實質性癌腫タルコ明カナリ實質性肝癌ノ殆ンド特徵トシテ腫瘍ハ最モ著明ニ既存ノ門脈血管腔ヲ介シテ肝臟內ニ栓塞質トシテ增殖蔓延セル像ヲ學ブニ最モ適當ナル材料ナリ而シテ主腫瘍ハ全左葉ニ原發セル者ニシテ引キ續キ隣接セル右葉ニモ及ベルナルガ爾他右葉實質內ニハ栓塞ノ尙ホ僅少ナルガ爲メニ轉移竈モ亦稀少ナリ併レモ本例ニ於テハ同時ニ腫瘍ハ淋巴系ヲ介シア肝門部ノミナラズ尙遠隔地タル後腹膜淋巴腺ニマデモ轉移ヲ來シ其他ドーグラス窩ニ散種ヲ示セリ

門脈幹ノ破綻出血ノ源因ニ至リテハ恐ラクハ腫瘍ハ先ヅ左葉ニ發生シ發育ノ度ヲ重ヌルニ隨ガヒ左側門脈枝ニ血栓的ニ進入シタルモ同側主枝ノ管腔餘リ大ナラザル(通常左枝ハ右枝ニ比シテ細狹ナリ)ガ爲メニ腫瘍血栓有レバトテ門脈循環

(一)原發性實質性肝癌
(二)肝臟自家轉移
(三)門脈枝内腫瘍栓塞
(四)全身黄疸
(五)腹水（一〇〇〇c.c.）
(六)左側胸水兩肺無氣
(七)鬱血脾
(八)纖維素性癒着性及出血性肝外膜炎
(九)右心室擴張

○肝ノ肉眼的所見

肝ハ著シク腫大シ其大サ三一―二四―三四cm.重量一〇〇〇〇瓦特ニ右葉ノ高徑大ナリ殆ンド健存肝組織ヲ見ズ胆嚢ハ肝ノ下面ニ於テ腫瘍塊内ニ包埋セラレテ僅少ノ粘液様胆汁ヲ容ル粘膜健態ナリ大胆管ニ異常ナシ左葉ノ表面ニハ多數ノ雀卵大ニ達スル小結節竈ヲ有ス被膜一般ニ緊張シ表面ニ癒着性纖維素片ヲ附着ス

シム所タリ

（第十實例）（入澤內科）—長與學士報告例—

岡野某　二十四歲男

○臨床的診斷　肝臟癌

（病歷遺傳的素因ナシ花柳病及ビ飮酒ヲ否定ス昨年（二十七年）十一月激烈ナル腹痛ヲ感ジ本年一月頃ヨリ右側上腹部腹內ニ一小腫瘍ヲ觸知セリ其ハ漸次膨大シ時々疼痛起ルヲ以テ入澤內科ヘ入院セリ其當時浮腫黃疸無ク右側上腹部ニ約小兒頭大ノ壓痛ナキ腫瘍ヲ觸レタリ呼吸運動ニ一致シ移動ス五月初旬近藤外科ニ於テ開腹術ヲ試ミタレ𪜈腫瘍ノ發育已デニ進捗セルヲ以テ直ニ腹壁ヲ縫合シ爾來膽囊癌腫トシテ入澤內科ニテ診療ヲ受ケタリ

爾來腫瘍ノ發育頓ニ增シ七月頃ヨリ右側上腹部靜脈ノ怒張ヲ來シ疼痛ハ漸次其ノ强サヲ增シ發熱嘔吐屢々起リ腹水ハ極々輕微ナリキ十一月ニ至リ初メテ黃疸表ハレ（結膜ニ）次ギテ十二月ニ至リ全身ニ及ビタリ全身ノ營養著シク下降シ歲末ト共ニ命ヲ終ル

○解剖的診斷（同日解屍）

造構ヲ呈シ既存グリソン氏鞘及腫瘍發育浸潤壓排ニ因スル萎縮セル肝細胞又ハ此ニ代リ茂生的增殖セル結締織ノ細索條ニヨリ大小種々ノ實質分野ニ區劃セラレテ分野内又二三ノ結締織束ノ小嶋ヲ容ル、モノアリ分野ノ造構ハ從來屢々記載セラレタルガ如ク圓形卵圓形乃至迂曲吻合セル圓鑄狀ノ太キ實性胞巢索條ハ多クハ細狹空虛ナル或ハ又强ク又弱ク擴張セル毛細管血腔ニ由リテ境界セラレ腫瘍細胞ハ特ニ基底膜ナクシテ直接内被細胞層上ニ占座シテ誤ル所ナシ(違型的發育像)(腫瘍細胞)大サ約肝細胞大又ハ此ニ倍大約等大ノモノニシテ胞巢ノ周緣毛細管ニ接觸セルモノニ在リテハ低圓柱狀ヲナシ形小ナリト雖モ中心部ニ進ムニ從ヒテ漸次大トナリテ骰子形多角形ヲナシ毛細管ノ細狹ナルガ爲メニ胞巢索條ノ稍太キ者ニ在リテハ中心ノ大部分ハ變性壞死間々出血ヲ由來セリ細胞相互ノ境界不明ニシテ成形質ハ概シテ(一)顆粒ニ乏シク明性染色セザル者ト(二)此レト反對ニ顆粒ニ富ミ「エオヂン」ニヨリテ濃染セルモノトノ二樣ヲ區別シ長與博士ハ此内ニ「グリコーゲン」顆粒脂肪顆粒ヲ證明セラレタリトイフ間々胆色素顆粒ヲ容ル核ハ細胞體ニ一致シ正圓卵圓濃染シ單核ナレモ間々多核(百以上ヲ超ユル者アリ)巨態

(割面)主腫瘍ハ殆ンド全右葉ヲ占座ス一般ニ浸潤性ニ増殖シ肝組織トノ境界不明ナリ質脆弱ニシテ容易ニ崩壊シ灰白―帶黄灰白色ヲナシ陳舊中心部ト思ハル、右葉前下部ニ於テハ軟化變性出血著シク海綿狀造構ヲナスニ反シ周緣部ハ明カニ胞巢狀ヲナス間々粘液樣同質ニ變性セリ概シテ間質ハ中心部ニ多ク邊緣幼若部ニ少ナシ

肝組織ハ高度ノ充血及黄疸ヲ呈スル外間質ノ増殖ヲ見ズ小葉ハ萎縮セリ

門脈幹枝共ニ同樣ノ腫瘍質ヲ以テ栓塞セラル肝門淋巴腺ニ異常ナシ

本例ハ曩キニ先輩長與博士ガ本業報(癌)第一年第一冊ニ於テ「上皮細胞ノ化生上極メテ趣味アル原發性肝癌ノ一例」テフ評題ノ下ニ極メテ精細ナル報告ヲ公ニセラレタル者ニ係ハル詳細ナル記載ハ此レニ讓リ余ハ本論文ニ於ケル主眼トスル癌發生ニ就キ論ズ可シ余モ亦同學士ノ驥尾ニ附シ二三ケ所ヨリ切片ヲ作製シテ檢索ニ供セリ

○顯微鏡的所見

(I)主腫瘍ノ造構

其原發竈ノ中心部ト周緣部トニ於テ幾分ノ相違ヲ免レズト雖モ概シテ同樣ノ

從ツテ細胞ノミ雜然トシテ肉腫樣造構ヲ呈スル者アリ殊ニ周緣部ニ於テ然リ（間質結締織）ハ既存ノグリソン氏鞘又ハ此ニ關係ナク實質內ニ包埋セラルヽ者ニシテ何レモ細胞ニ乏シク緻密纖維ニ富ム但シグリソン氏鞘ニ該當シ靜脈管ノ周圍ニハ多數ノ小圓形細胞浸潤群簇ヲナシテ存シ集團ヲ成ス者アリ實際斯ル部ニ於テハ此等炎性現象ノ外ニ局所ノ結締織モ亦強ク幼若性ヲ表ハシテ細胞ニ富ミテ漸次實質胞巢ノ內ニ深ク侵入シ爲メニ兩者ノ關係ハ緩徐ナリ小胆管膽管共ニ消失シ肝靜脈ハ所々內膜ノ肥厚續キテ結締織性ニ杜塞ラセレテ門脈系ハ殆ンド全ク上記腫瘍質ヲ以テ栓塞セラレ一方腫瘍胞巢ノ一部ヲナスニ役立ツナリ

以上ノ所見ニヨリ本腫瘍ハ肝臟實質細胞ヨリ發生セル上皮性腫瘍ナルコヲ窺知セラルル可シ然リ而シテ各胞巢ハ毛細管ヲ以テ圍繞セラレ又自ラ血管腔ヲ包擁スルテフ像ハ結節ノ新舊ヲ論ゼズ何所ニテモ繰返ヘサルヽ所見ナリ而レモ各胞巢ト毛細管實質島ト間質結締織トハ腫瘍ノ所ヲ異ニスルニ從ヒテ其形態的又量的關係ニ差異ヲ生ジ來リ上記グリソン氏鞘ノ殊ニ結締織ノ炎性增殖ヲ初メトシ各分野ノ周邊又此內ニ包埋セラルヽ間質ヨリ細纖維束ハ毛細管ニ沿ヒテ各胞巢ヲ境界シツヽ侵入シ遂ニハ各胞巢ハ稍廣キ又狹キ內ニ必ズ一條ノ毛細管ヲ走行

細胞アリ一二ノ核仁又少數乍ラモ核分剖像(幼若部ニ於テ)ヲ見ルナリ主腫瘍ノ殊ニ周緣幼若部ニ於テ一般ニ實質胞巢ハ廣汎性ニ壞死變性ヲ呈シ索條ノ形ニ一致シテ半島狀—島嶼狀ニ見ユ而シテ殊ニ著明ナルハ此部ニ於テハ實性胞巢索條內ニ多數ノ細微ナル間々强ク擴張セル腺管腔ヲ圍繞スル單又數列ノ細胞群ハ花環狀像ヲ見ル管腔內空虛ニシテ特ニ胆色素樣物ヲ容レズ

胞巢ヲ圍繞シ又此ニヨリテ血管肉腫樣ニ圍繞セラル、毛細管腔ノ多クハ細狹壓迫セラル、ト雖モ間々强ク擴張シ竇狀ヲナス者アリ而メ毛細管腔血液ノ含否ハ腫瘍細胞索ノ生命ヲ支配スル者ラシク上記ノ如ク變性壞死ヲ由來スル外ニ所々間質モ實質モ共ニ俱ニ營養障害ヲ蒙ムリ半壞死乃至凝固壞死ニ陷リ不染ノ同樣質ト化シ僅カニ廣キ毛細管ニ接觸セル部ニ於テノミ健存部ヲ認ム可シ殊ニ主腫瘍ノ一部ヨリ截取セルモノニ在リテハ組織全ク壞死竈ト化シ內ニ多數ノ擴張セル但シ纖維素ヲ以テ充塡セラル、壞死セル小靜脈乃至毛細管ヲ認ム又毛細管ハ强ク擴張セル者ノ周圍ニ實質細胞ノ數列ハ放腺狀ニ密ニ配列シテ恰カモ血管肉腫狀ノ群團ヲナシ各々脫離セル疎鬆ナル實質組織內ニ散點シ頗ル美觀ヲ呈スル者有リ併レモ實質ノ增殖旺盛ヲ極ムル所ニ於テハ毛細管ノ茂生此ニ逆行セズ

ズシテ中心陳舊部ニ於テモ尙一二ノ實質分野ハ全ク腫瘍ノ元型ヲ呈スル者或ハ全ク侵入セル間質ノ爲メ全部又一部壞敗セラレテ通常癌ノ如クナル者アリ此兩極端ノ間ニ諸種ノ階級的變狀ヲ認メラル

肝左葉ノ穹窿面ニ近ク截取セル切片ニ於テ余ハ顯著ニ全ク異ナレル染色ヲ呈セル二種ノ細胞ヲ區別シ得タリ即前揭ノ如ク(一)細胞ノ形小ニシテ間々圓柱狀ヲナシ細胞體ハ全ク明性「エオジン」「ピクリン」等ノ色素ヲ攝取スル¬少ナク核ハ正圓卵圓ニメ濃染シ核仁核分剖像共ニ不明ナレモ退行變性ヲ認ムル¬少ナク細胞ハ密ニ存在スルニ反シ(二)ノモノハ細胞ハ大ニシテ多角骰子形ヲナシ細胞體ハ顆粒ニ富ミテ如上ノ「アニリン」色素ニ對シテ良染シ間々內ニ胆色素樣細顆粒ヲ容レ核ハ(一)ノ者ト等大ナレモ細胞體ニ比シテハ稍々小サク形又頗ル不整ニシテ諸核退行變狀ヲ表ハス從ツテ鏡下ニ於テハ質疎ニ見ユ

而シテ此兩種ノ細胞ハ個々群團ヲナシテ全ク異ナレル各實質分野ヲ形成シ或ハ同ジ分野ノ各其一半ヲ占有スル者アリ又兩種ノ胞巢ガ雜然トシテ混在スル者アリテ一定スル所ナシ概シテ第一型ノ細胞ハ幼若ニシテ而カモ違型的發育ヲ示シツヽアル者此ニ反シテ第二型ノ者ハ老舊ニシテ再度肝細胞ニ似タル性狀ヲ現ハ

セシムル結締織性間質ニヨリテ圍繞セラレテ茲ニ全ク實質性肝癌ノ像ヲ失ヒテ、普通癌腫像ヲ呈シ兩者ノ間ニハ漸次移行ヲ示ス而シテ同ジ胞巢ニテモ分野ノ周緣又ハ間質ニ近ク隣接セル者ハ毛細管ノ代リニ結締織性間質ヲ以テスルニ反シ分野ノ中央部ニ在リテハ尙且ツ實質性肝癌ノ元型ヲ維持セル者アルガ如ク腫瘍全般ノ像ヲ通覽スルニ同ジク腫瘍ノ陳舊ノ度ヲ重ヌルニ從ヒ實質ハ漸次稀少トナリ壓迫セラレテ萎縮シ細狹トナリ恰カモ胆細管樣ヲ呈スルニ至ル此ト反對ニ胞巢内間質ハ漸次其量ヲ增セルモ上揭ノ如ク間質自ラハ甚ダ血管ニ乏シキ丈ケニ間質自身モ亦慢性營養障害ヲ蒙ムルノ結果ハ腫瘍ノ古クナルニ並行シテ間質ハ細胞ニ乏シク漸次硝子樣同性トナリ内ニ萎縮セル網狀索條ノ實質胞巢ヲ容レ又此レスラ全ク消失シテ全部硝子樣基質トナル者モ稀ナラズ但シ斯ク高度ノ變性ヲ呈スル者ニ在リテモ硝子樣基質内ニ尙纖細ナル内被細胞ノ一二列ハ胞巢ノ面影ヲ存シテ網狀ニ吻合シテ走行セル等假令元型ヲ失フトモ雖モ尙其昔ヲ偲バシムル者アリ

此變化ハ主腫瘍ニ於テ周緣帶ヨリ中心部ニ向ヒ追次見ル所ノ所見ナリト雖モ上揭ノ如ク時期ト層ヲ異ニスルニ從ヒ此型ヨリ他ノ型ニ變化スルトイフ譯ニ非

アリト雖モ結節狀增生ヲ認メズ實質細胞內多量ノ「グリコーゲン」ヲ存シ又多量ノ脂肪球ヲ容ル尙肝動脈ノ杜塞セルモノ多シ

鏡下ノ所見ハ明カニ炎性增殖ヲ呈シ尙燃ンニ新生ノ途ニ在ル者ナルヿ明カナリ而シテ腫瘍ニ全ク關係ナキ健存肝組織ヲ見ルニ(長與學士記載ニ據ルニ)輕度ノ充血ト胆汁鬱積ヲ示シ小葉間々質ハ僅カニ肥厚シ少數ノ圓形細胞浸潤アルノミニシテ特ニ間質炎テフ程度ノ增殖ヲ呈セズ此ヲ以テ見レバ前記腫瘍ノ周緣遠カラザル肝組織ノ間質增殖ハ反應性ノ者ナルヿヲ知ラル可シ

門脈腔ハ殆ンド全ク腫瘍ノ栓塞ヲ蒙ムリ肝靜脈ハ到所强ク擴張シ內ニ孤在性又ハ一定群ノ細胞ノ浮遊セル者アレモ特ニ全ク栓塞スルニ至ラズ大小胆管共ニ萎縮シ又全ク消失シテ特ニ增殖ノ徵ヲ見ズ

○第十實例所見摘要及考按

本例ハ比較的若年(廿四年)ニ來レル癌腫ニシテ肉眼的ニモ亦顯微鏡的ニモ胆囊大胆管ニ異常ナク肝葉ノ殊ニ右葉ニ於ケル變化ノ甚シキヨリ肝臟ニ原發セル實質性癌腫ナルヿ著明ナリ殆ンド右葉ノ全部ヲ占有スル實性腫瘍ニシテ門脈系ヲ介シテ栓塞シ此栓塞ニ一致シテ左葉內ニ點在セルモノハ何レモ轉移結節タルヿ

セル者ニ外ナラズ往々膨大シ赤染扁平細胞ニ近似セルガ如キモ亦一種ノ變性ニ外ナラズ余ハ終ニ長與學士ノ記サレタル癌珠ハ此レヲ發見スルヲ得ザルヲ遺憾トス

既存ノグリソン氏鞘又ハ腫瘍結節ノ壓迫ニ因スル肝組織ノ萎縮ニ續キ增殖セル間質ハ硝子樣乃至粘液樣ニ變性セル外ニ間々强ク光輝ヲ放チ帶褐黃染色素顆粒ヲ認ム可シ多分ハ胆色素顆粒ナル可キカ

鏡下ニテハ主腫瘍ト肝組織トノ限界ハ稍急峻ニシテ厚キ緻密ナル結締織ヲ以テシ內ニ多數ノ小圓形細胞ト多數ノ僞性胆管又小胆管ヲ包埋シ稍太キ胆管ハ擴張シ內ニ多量ノ凝血塊ヲ容ル要之腫瘍ノ壓迫肝組織ノ萎縮ノ後ニ續發的ニ新生シタルモノニ係ハル

(II) 肝組織

主腫瘍ニ近接セル肝組織ハ何レモグリソン氏鞘及中心靜脈ノ周緣ニ於テ著シク間質ノ增殖ヲ呈シ多數ノ小圓形細胞ヲ浸潤シツヽ各小葉內ニ侵入シ遂ニ此ヲ占領スルニ至ル小胆管細小胆管ノ增殖ヲ認メズ增殖セル間質ニヨリテ頽癈セラレタル肝實質細胞ハ概シテ萎縮セリ小葉內散在性ニ數個細胞群ノ肥大ヲ示スモノ

而シテ一方腫瘍ノ退行變性ノ甚シキト同時ニ實質分野ヲ圍繞スル間質結締織ハ多少ニ不拘炎性ヲ示シツヽ細微ノ纖維束ハ實質胞巢ヲ區劃スル所ノ毛細管ニ沿ヒテ各胞巢間ニ進入シ實質分野ノ間質ニ近キ部又ハ腫瘍ノ陳舊部ニ於テハ腫瘍ノ年齡ヲ重スルニ從ガヒ如上增殖進入セル間質束ニヨリテ胞巢ハ漸次萎縮壓排セラレテ恰カモ細胆管樣像ヲ呈スル者アリ併レモ彼ノ胆管上皮性癌ニ於ケルガ如ク陳舊竈ハ全ク纖維腫樣組織ニ化スルコトナク多クハ硝子樣乃至ハ粘液樣ニ變性スルヲ常トス

此ノ變化ハ上記ノ變性壞死出血ノ烈シキ所ニ於テハ見ヘズ肝間質炎ト同樣ニ腫瘍實質ノ營養機ノ缺乏萎縮頽廢等ニ歸因スル間質結締織ノ代償的補綴的增殖ニ外ナラズ

組織的所見ノ敎示スルガ如ク主腫瘍ニ近接セル肝組織ニ於ケル間質ノ炎性新生及ビ血管內膜ノ肥厚及管腔ノ杜塞ハ全ク腫瘍發育ニ因スル反應的ノモノニシテ隨ツテ爾他肝組織ニハ特ニ間質炎ト稱ス可キ程ノ增殖ヲ見ズ肝癌發生上關係淺カラザル平等性間質炎ナキ肝臟ニモ癌腫ノ發生シ得ルコヲ知得セラルヽ適例ナリ

明カナリ而シテ其原發竈タルト轉移竈タルトヲ不問腫瘍ノ造構ハ頗ル違型的發育ヲトレル者ニシテ胞巣ハ上來諸例ノ如ク索狀ヲ爲サズ寧ロ多角多形ナルヲ常トシ各胞巣ノ殊ニ新シキ幼若ナル小濃染セル細胞ヲ以テ充實セラレ其邊緣間質上ニ於ケル細胞ノミ圓柱狀ヲナシテ並列スル部位ニ於ケルハ其像殆ンド血管肉腫ト別ツ可カラザル者アリ獨リ大ナル淡染細胞ヨリ成ル胞巣ノ肝實質ニ類スル者アルト幼若細胞モ亦所ニヨリ盛ンニ花環狀像形成ヲ示ス者アルト又全ク毛細管網ニヨリテ正シク界セラルヽ正型的胞巣ノ小部分アルトニ由リ吾人ハ初メテ是レ亦實質性肝癌ナルヲ識別シ得ルナリ

而メ變性壞死出血等ハ他ニ類例ヲ見ザル程ニ激甚ニシテ腫瘍質ガ門脈血腔内ニ蔓延ヲ逞ウスト雖モ尙ホ肝臟自家ニノミ限局シテ最モ頻多ニ來ルト信ゼラレタル肝門淋巴腺ニスラ何等ノ轉移ヲ見ズ又癌細胞ハ未ダ生理的官能トシテノ胆汁分泌機ヲ保持シ部位ニヨリテハ頗ル著明ナル花環狀腔ヲ圍繞シテ其レノミヲ見ルニハ胆管トモ疑ハシキモノアル等假令組織造構ハ大部分ニ於テ頗ル惡性ナリトハ謂ヘ尙ホ且ツ實質性肝癌トシテ他ノ癌腫ニ比シテハ然カク惡性ナラザルコヲ證明スルナリ

シハ門脈系ノ障害ノ餘リニ激甚ナラザリシト前腹壁側枝循環ノ能ク行ハレタルニ因ルナル可シ

（第十一實例）――（ベルツ内科明治三十四年）

野尻某　五十九歳男

○臨床的診斷　原發性肝臟腫瘍（？）

○解剖的診斷

(一)原發性肝癌

(二)肝臟自家前縱隔膜腸間膜後腹膜淋巴腺及肺臟轉移結節

(三)ドーグラス窩腫瘍散種及第十第十一肋骨內腫瘍浸潤

(四)門脈腫瘍血栓

(五)出血性腹水（四〇〇c.c）

(六)兩側ノ輕度ノ胸水

(七)欝血脾（五二五瓦）

(八)黃疸及一般貧血

(九)限局性纖維性癒着性胸膜炎

原發竈ニ於ケル腫瘍發生ノ模樣ハ杏トシテ探知スルコヲ得ズ吾人ハ唯進捗シタル變化ヲ見ルノミニシテ轉タ古戰場ノ跡ヲ尋ヌルノ感無キ能ハズ偶々本例ノ肝臟ニ於テ所々肥大セル肝細胞ノ介在スルモノアレ𪜈此ヲ以テ腫瘍發生ニ向ツテ附會スルノ頗ル不適當ナルコヲ知ラル何トナレバ病理解剖的又ハ動物試驗的ノ結果ニ徵スルニ肝臟實質ニ缺損頽癈等ノ行ハルヽヤ肝臟自己ノ再生機ノ旺盛ナルガ爲メニ殘存セル肝細胞ニ補償的肥大增生ノ行ハルヽコハ人ノ普ク知ル所ナリ故ニ本例ニ於ケル此種ノ肥大ヲ以テ腫瘍發生以前ニ在リタル者トシテハ餘リニ輕度ニシテ而カモ少數ナリ寧ロ肝右葉ニ廣ク行ハレタル癌腫性頽癈ニ因スル代償的肥大セル者トスルコノ妥當ナル可キヲ信ズ

臨床的ニハ患者初メテ腫瘍ヲ觸知シテヨリ約一ケ年ノ經過ヲトリタル者ニシテ其前半ニ於テハ何等ノ黃疸浮腫腹水等ノ壓迫現象ヲ呈サズシテ肝實質內ニノミ限局セルモノナリシガ一朝ニシテ腫瘍質ガ廣ク門脈系ヲ介シ其幹枝ニ栓塞シタル爲メカ腹壁ニ靜脈ノ怒張蟠迂廻ヲ認メ兼ネテ腹水ヲ將來セリ又腫瘍ノ頓ニ增大セルコモ窺知セラル可ク此ニ因スル被膜ノ緊張ハ自覺的ニハ上腹部ノ壓痛トシテ表ハレタルナル可シ但シ腹水ノ臨床的ニモ亦解剖的ニモ比較的輕度ナリ

肝臟實硬ク肥厚セルグリソン氏鞘ハ灰白色ノ索條ヲナシ灰白黃色ノ實質ヲ大小不同ノ小結節(分野)ニ區劃シ肝靜脈ニ異常ナク門脈ハ如上血栓ヲ容ル胆囊粘稠暗綠色ノ胆汁ヲ以テ强ク充滿セラル大胆管ニ異常ナシ橫隔膜ノ下面ニ多數ノ豌豆大轉移結節アリ肺臟內又淋巴腺ニ轉移アリ割面原發竈ノ如ク軟化壞死出血—海綿狀造構ヲ呈ス

○顯微鏡的所見

(I)主腫瘍周緣部

切片ハ全ク腫瘍實質ヨリ成ル腫瘍ノ殆ンド全部單純壞死及凝固壞死ヲ示シ唯其被膜ヲ失ヘル漿膜下結締織內ニ散點セル大小種々ノ血腔又ハ淋巴腔ニ栓塞セラレタル腫瘍實質嶋ヲ見ルノミ此等ノ實質嶋ハ或ハ單獨ニ全周ニ亘リ細微ノ彈力纖維輪ヲ有シ又ハ此ヲ缺キ數多相集マリテ地圖狀像ヲナス間質粗鬆結締織トノ關係急峻ナリ

(實質細胞)圓形卵圓形骰子形ニシテ生理的肝細胞ニ二三倍大多形多樣ナリ內ニ圓形卵圓形ノ濃染セル單核ヲ容レ核仁著明ナレモ分剖像不明ナリ二—三時トシテ六核巨態細胞モ稀レナラズ核ハ諸種ノ退行變性像ヲ示シ(空胞形成濃汚染セル

(十)腸粘膜下出血點

(十一)兩腎ノ小囊胞生成

○肝ノ肉眼的所見

肝臟ノ容積縮小大サ二五—一五—一〇c.m重量一八四〇瓦質甚ダ靭強被膜滑澤ナレ𪜈所々粟粒大纖維性肥厚ヲ示シ表面ハ一般ニ細粗顆粒狀ニシテ遊離緣銳利ナリ右葉ハ強ク球狀ニ膨窿シ其厚徑ヲ增ス被膜ハ緊張セリ(割面)ヲ見ルニ全右葉ノ約三分ノ二量ハ約小兒頭大ノ腫瘍ニヨリ占有セラレ厚キ結締織性被膜ニヨリテ肝組織ト急峻ニ境界スレ𪜈右肝三角靱帶ノ周邊ニ於ラハ肝被膜ヲ突破シテ橫隔膜ニ深ク浸潤シ其筋層ニ於テ約三—四c'mヲ計ル○腫瘍ハ一般ニ灰白黃色汚赤染渾濁セル脆弱質ヨリナリ所々灰白半透明ノ結締織細束ノ走行セルニ由リテ明カニ胞巢狀ヲナス殊ニ腫瘍ノ一方ニハ間質ハ特ニ增殖シ內ニ如上ノ軟弱實質胞巢ヲ容ルヽノ狀明カナリ腫瘍ノ大部分ハ旣ニ軟化脫却洗ヒ去ラレテ間質ノミ殘リテ特有ノ海綿狀造構ヲ呈セリ出血竈少ナシ主腫瘍ノ左側ニ於テ被膜ハ破綻セラル肝組織內ニ尙ホ二三ノ天保錢大ノ浸潤結節ヲ認ム丁度其內ヲ走行セル左側門脈枝ハ全ク同樣腫瘍質ヲ以テ充塞セラル

尙主腫瘍ノ大部分壞死軟化シ唯々僅少ナル細結締織束ヲ隨伴セル毛細管壁ニ直接セル數層ノ細胞群ノミ健態ニ止マル有ルノミニシテ斯ル所ノ横斷面ハ明カニ血管肉腫像ヲ呈スル而シテ本例ニ於テハ毛細管ノ供給ハ實質ノ量ニ比シテ頗ル稀少ナル丈ケニ如上廣汎性壞死變性ヲ由來セルモノナル可ク所々毛細管ノ極々擴張シ破綻シテ種々ノ出血ヲ呈スルモノアリ

(間質ノ性狀)間質ハ幼若粗鬆ニシテ多數ノ細長毛細管ト多少ノ圓形細胞浸潤ヲ見ル實質ト間質トノ量的關係ハ概シテ腫瘍ノ周緣部ニ比シ中心部ニ近ク間質ハ漸次增殖シ實質ハ一方如上壞死變性ニ陷ル外ニ胞巢ハ漸次稀少トナリテ遂ニ肥厚增殖セル間質ノ爲メニ壓迫萎縮セラレ多分ハ組織間隙内又ハ小血腔ヲ介シテ侵入セル小腫瘍胞巢ハ細狹ナル二三列ノ細胞列トナリテ間質内ニ點在ス

尙ホ切片ノ一端ニ既存ノ肝小葉ノ地位ヲ補充セル粗鬆結締織間質アリテ内ニ擴張セル血管及ビ樹枝狀ノ僞性胆管ノ多數ヲ容ル、モノアレモ腫瘍質トノ間ニ何等移行像ナシ

間質モ亦漸次變性ヲ蒙ムリ硝子樣乃至粘液樣トナルモノ少ナカラズ又實質ト共ニ單純壞死トナル

者斷裂セル者等)細胞體ハ顆粒ニ乏シク明性、内ニ胆色素様ノ者ヲ含マレズ、而シ一般ニ實質嶋ノ周緣ニ在ル者ニ比シテ中心部ニ近キ者ハ細胞ノ形膨大シ餘計明性ヲ加フ間々「エオヂン」ニヨリテ濃赤染セル者アレ𪜈生理的ノ如クニ褐色調ヲ加味セズ斯ル細胞ノ一定群團ハ相集マリテ胞巢ヲナスモ強廓大下ニテ檢スレバ實質ハ細狹ナル又ハ僅カニ擴張セル毛細管網機ニヨリテ尙ホ小ナル多數ノ胞巢ニ區劃セラレ細胞ト内被細胞トノ關係實ニ濃密ナリ而シテ血腔ニ介シ栓塞的ニ發育ヲ遂ゲタル者ニ在リテハ此等毛細管網ハ既存血腔ト持續的ニ連結シ間々内被細胞ノ恰カモ分芽狀ニ實質内ニ派出分枝セルガ如キ觀無シトセズ併シ實質細胞ハ花環狀像ヲ呈スルヿ無クシテ實性細胞群ヲナシ(違型的發育像)其ノ厚徑大ナル者ニ在リテハ常規トシテ中央部ニ壞死變性ヲ呈ス唯毛細管ニ接セル數層ノ細胞ノミ健態ニ止マレリ

而シテ本例ニ於テ著明ナルヿハ(一)假令帽針頭大腫瘍栓塞又結節ニ於テモ此等毛細管ノ經過ニ沿ヒテ周邊ノ間質即内膜結締織ノ細キ膜葉ハ實質内ニ深ク進入シツヽアルナリ而シテ又タ(二)横斷セラレタル毛細管ヲ中心トシテ實質細胞ノ周邊ニ放線狀ニ羅列スルノ像アリテ一見血管肉腫狀造構ヲ示ス者アリ

內ニ包埋セル極小實質嶋ニ於テモ繰リ返サル、所アリ

間質ハ一般ニ肥厚シ其中軸部ハ陳舊緻密ナルニ反シ小葉ノ周緣ヨリ深ク細胞間ニ侵入セル結締織ハ何レモ多量ノ圓形細胞浸潤ヲ伴フ所ノ幼若結締織ニシテ此レハ實質內中心靜脈ニ至ルマデ所々追窮スルコヲ得可ク從テ小葉ノ邊緣部ニ在リテハ肝細胞束ハ離斷セラレテ間質內ニ散在シ間々斯ル者ニ肥大像ヲ認ム毛細胆道ニ增殖ノ像ナク寧ロ萎縮減少セリ門脈肝靜脈ハ擴張セル外異常ナク大ナル胆管壁上皮細胞脫落シテ管腔ヲ充タス外異常ナシ

(III) 肺臟轉移竈

右肺ニ於ケル約雀卵大結節ハ肋膜直下ニ位シ周圍ヲ壓排擴大性ニ增殖セリ腫瘍細胞ノ性狀配列主腫瘍ト撰バズ間々花環狀像ヲ呈スト雖モ腫瘍ノ實質ハ旣存ノ管腔即氣管枝及氣胞內腔ヲ介シテ增殖セル一種ノ Organmimicry ヲ呈シ正型的ノ毛細管網ヲ區劃セラルヽニ至ラズ唯々所々栓塞性結節ハ管壁內被細胞層ヨリ分芽法ニヨリ進入セル內被細胞二列ニヨリテ三四ノ細胞群ニ區分セラルヽモノヲ見ルノミ而シテ各胞巢ヲ分劃スル間質ハ彈力纖維ヲ有スル氣胞壁ニシテ腫瘍トノ間ニ萎縮扁平肺上皮細胞層ノ介在セルヲ見ルナリ所々壞死變性アリ

(II)(肝組織ノ性狀)

主腫瘍ニ近キ右葉部ニ於テハ肝ノ被膜到處肥厚シ此ヨリ實質内ニ分派岐出セル細粗種々ノ結締織間質網狀束ニヨリ實質ハ大小種々ノ分野トナリ輪狀ニ圍繞セラレテ明カニレンネック氏硬變像ヲ示シ中心靜脈ノ周圍ニ僅カノ結締織增殖ヲ認ム

中等度ニ充血セル實質分野細胞ハ所々脂肪變性ヲ示シ又强ク萎縮セルモノナキニ非ザレモ一般ニ殊ニ小葉ノ外邊間質ニ直接セル層ニ於テハ此等細胞索梁ノ間ニハ生理的肝細胞ヨリ四—五倍大—肥大セル細胞束ノ混在セルアリテ此等ノ肥大セル細胞ハ生理的細胞ニ比シテ褐色調少ナク内ニ腫瘍細胞ニテ見ルガ如キ核材ニ富ム濃染セル大核ヲ有シ所々一細胞内ニ二—三核ヲ有スル巨態細胞ヲ混ズ而シテ斯ク肥大シ居ルニモセヨ中心靜脈ノ周圍ニ放線狀ニ配列シテ尙ホ生理的造構ヲ失ハズト雖モ梁束中所々細胞ハ五—六個相集マリテ中央ニ暗綠褐染ノ胆色素塊ヲ圍繞シテ花環狀ヲ呈ス即チ本肝臟ニ於テハ一方萎縮脂肪變性ノ激甚ニ行ハルヽニ反シ他方ニハ殘存セル肝細胞ハ代償性ニ肥大ヲ來シ細胞束間毛細管ハ擴張シ明カニ結節狀增生ノ像ヲ示ス殊ニ此變化ハ强ク肥厚セルグリソン氏鞘

ヨリナリ腫瘍ハ何レモ急峻ニ限界セラレ結節狀ヲ呈ス而ノ肉眼的ニモ組織的ニモ實質性肝癌ニ一致ス主腫瘍ハ勿論諸轉移結節ニ於ケル所見ハ變性壞死並ビ行ハレ—出血竈稀少ナリ—テ腫瘍(殊ニ主腫瘍ニ於テ)ハ殆ンド全ク頽癈セラレテ特有ノ海綿狀造構ヲ呈シ生理的肝細胞ニ二三倍大—腫瘍細胞ハ太キ索條ヲナシテ相互ニ吻合迂曲シテ毛細管ヲ以テ圍繞セラル但シ胆色素顆粒ヲ認メズト雖モ何人モ實質性肝癌タルニ疑ヲ容レズ而シテ本例ハ原發竈ト轉移竈トヲ不問組織ノ造構ハ所謂違型的發育ヲトレル者ニ屬シ細胞ハ多形多樣ニシテ頗ル不整加之多數ノ巨態細胞ヲ容レ諸核退行變性像ヲ呈ス可シ又毛細管ノ茂生ハ實質胞巢索條ノ發育旺盛ナルニ比ス可キニ非ズ血行ノ不十分タル結果ハ出血ヲ來スコトノ稀レニシテ寧ロ主トシテ壞死變性ヲ由來スルコト甚シ而シテ又タ腫瘍ノ發育尙ホ新幼ナル部ニ於テハ既存ノ管腔ヲ被フ內被細胞其他ヨリ分芽法ニヨリ毛細管網ノ分殖進入セルモノアリテ尙ホ健態ナルニ反シ少シク腫瘍ノ年齡古キ所ニ在リテハ上揭索條ノ中心血管腔ヨリ遠隔ナル部ニ見ル變性壞死乃至ハ萎縮ニ繼發シテ間質結締織ノ細束ハ毛細管ニ沿ヒテ進入シ殊ニ實質ノ變性壞死未ダ起ラザル部ニ於テハ間質ノミ其處ヲ得テ增殖シテ實質ニ代リ細胞ハ漸次受働的ニ萎縮細狹ト

間質結締織内ニハ炭末色素及ビ鐵反應ヲ有セザル褐色素顆粒アリ殊ニ後者ハ腫瘍細胞ノ間ニモ存在シテ恰カモ其分泌ニ係ハル胆色素ノ如ク考ヘラル併シ乍ラ殊ニ肺氣胞内ニハ多數ノ心臟疾患細胞ノ存在セルニヨリ推量スレバ此ヲ以テ直ニ胆色素ナリトスルハ少シク早計ニ失ス周圍肺組織ハ無氣狀態トナリテ氣管支炎ト輕度ノ加答兒性肺炎像ヲ呈ス比較的太キ血管内ニ明カニ腫瘍細胞ノ栓塞ヲ認ム

(IV) 肺門淋巴腺轉移

肺門雀卵大淋巴腺ハ殆ンド全ク腫瘍質ト化シ周緣ノ殘存組織ニ炭末沈着アリ腫瘍ハ大部分壞死變性ニ陷リ廣汎性出血竈ヲ表ハシテ正型的實質性肝癌像ヲ呈シ太キ迂曲吻合セル細胞束ハ常ニ細狹ナル毛細管ニテ圍繞セラレ(違型的發育像)内ニ肺ニ於ケルヨリ多數ノ花環狀配列像ヲ見ル細胞體一般ニ明性ニシテ内ニ胆色素顆粒ラシキモノヲ容レズ核ハ諸種退行變性ヲ呈ス又多核巨態細胞ニ富メリ

○第十一實例所見摘要及考按

本例ハ明カニレンネック氏硬變ニ隨伴シテ五十九歲ノ男子ノ肝臟ニ原發セル癌腫ニシテ右葉ニ於テ約小兒頭大ノモノト天保錢大ノ二三ノ結節ト諸小轉移結節ト

假令腫瘍ト此等結節狀增生組織ト相隣接セル者ニ於テスラ何等ノ移行像ヲ見ズ然リ而シテ本例ハ肉眼的ニモ鏡檢的ニモ實質性肝癌ナルコト疑無シ然カシ他ノ諸例ニ反シ何ガ故ニ斯クモ違型的造構ト違型的不整ノ細胞ヨリ組成サルヽヤ素トヨリ良性ナル腫瘍ヨリ癌腫ノ發育セル場合ニハ漸次細胞及其造構ノ違型トナルコハ既知ノ事ナレド本例ニ於テハ其發生母細胞タル增生的肝實質細胞其レ自身ガ既ニ頗ル違型的ニシテ上揭ノ如ク腫瘍細胞ニ近カランストスル者アルガ爲メカ兎ニ角肝硬變結節狀增生—腺腫—癌腫トノ間ニ從來人ノ信ズルガ如キ密接ナル關係有リトセバ此種ノ肝細胞ヨリ實質性肝癌ヲ發生シ違型的造構ト違型的細胞ヲ呈シタリトテ別ニ怪ムニ足ラザル事ナラント信ズ

是レ既ニ實質性肝癌ニハ破格トモ云フ可ク頗ル稀レニ見ル所ノ肝臟內部ノ蔓延未ダ著シカラザルニ多數ノ轉移竈ガ肝臟外諸臟器ニ發見セラレタル所以ナル可ク且ツ橫隔膜トノ癒着浸潤ハ特ニ轉移ヲ速カナラシメタル者ナル可シ

（第十一實例）（貯藏標本）

○解剖的診斷

原發性實質性肝癌兼肝輪狀硬變

ナリテ漸減ニ近カラントス此種ノ變狀ハ腫瘍内所々ニ見得ル所ナリ詳細ナルコハ後段一二ノ類例ニ讓ルトセム

腫瘍細胞ハ原發竈ト轉移竈トニ論無ク胆色素ヲ含有セズ又花環狀像ヲ呈スルコト甚ダ僅少ナリ而シテ肺轉移竈ニ於テハ腫瘍ガ局所既存ノ管腔内ニ發育スルコノ頗ル容易ナルガ爲メニ實質性肝癌ノ特有像ヲ示サズシテ寧ロ肺胞氣管小支ニ一致シテ發育シ以テ一種ノ Organmimicry ヲ爲スコノ頗ル可能ナルコヲ知ラル轉移竈ニ於ケル違型像ヲ重要視シ以テ原發竈ノ診斷ヲ誤ル可カラズ況ンヤ本例ニ於ケル淋巴腺轉移ハ全ク主腫瘍ノ造構ト撰ブ所無キニ於テオヤ

肝臟ハ明カニレンネック氏輪狀硬變像ヲ呈シテ實質ノ頽癈萎縮ニ伴ナヒ炎性ヲ呈スル間質ハ小葉内ニマデ增殖侵入シ此ヲ頽癈セシムルモノアレ𪜈他方ニ於テハ斯ク頽癈離斷セラレタル肝細胞群團ハ補綴的肥大增生ヲ極メテ途ニ結節狀ニ增生スルノミナラズ漸次腫瘍細胞ニ近接類似シ來リ細胞ノ形頗ル不整違型ニシテ内ニ多核巨態細胞ヲ容レ而カモ此種ノ細胞ハ相集マリテ花環狀ヲ呈シ胆汁塊ヲ容ルヽ者少ナカラズ然リト雖モ是レト腫瘍ノ發生トノ間ニ於ケル關係ハ主腫瘍ノ變化甚ダ進捗セルヲ以テ其跡ヲ尋ヌ可クモ非ズ又切片ニ表ハレタル範圍ニテ

々ト質軟弱粗鬆トナリテ其中央部ニ於テハ已デニ脆弱壞死竈ト變ジ遂ニ明カナル境界ナクシテ主腫瘍健存部ニ移行ス

主腫瘍内ニ包埋セラレタル門脈右枝内ノ腫瘍栓塞ハ管壁ト固ク癒着セリ其質主腫瘍ト同シク胞巢狀ヲナシ實質脫離シテ海綿狀ヲ呈ス故ニ右葉結節狀增生組織内ニハ所々此レト性質ヲ異ニセル渾濁セル多數ノ轉移腫瘍結節アリ其或ル者ハ實質軟化液化シテ空洞ヲ作リ又相隣レル者ト癒合シ尙大ナル結節ヲナス

反之門脈左枝ハ栓塞セラレズ從テ肉眼的ニモ左葉内轉移竈ラシキ者ナシ門脈幹ハ全ク腫瘍質ヲ以テ充塞セラレ持續的ニ右主枝内腫瘍質ニ移行セリ肝靜脈異常ヲ見ズ

粗大ナル胆管異常ナシ胆囊强ク擴張シ其外側ニ於テ肝臟ノ莢膜及大網膜ト固ク纖維性ニ癒着セル外粘膜ハ健態ナリ肝門淋巴腺腫脹セズ轉移竈ナシ

本例ハ肝自家内轉移ヲ知ル外他ニモ而ルモノアリシヤ否ヤ不明ナレモ主腫瘍ノ大ニシテ變性著明而カモ門脈内栓塞ヲ見ルニ拘ラズ最モ屢來ル所ノ肝門淋巴腺ニ異常ナキコトハ注意ス可キ事ナリ

○顯微鏡的所見

○肝臟ノ肉眼的所見

肝臟ノ容積增大シ殊ニ右葉ノ穹窿部ハ球狀ニ强ク膨大シ右葉ノ遊離緣鈍圓ナリ被膜一般ニ滑澤ナレ𪜈所々細大種々ノ軟骨樣腱樣肥厚又絨毛狀突起ヲ有ス右葉ノ左部及全左葉ニテハ表面ハ稍々平滑ナリト雖モ爾他肝表面ハ小豆大ヨリ蠶豆大ニ達スル半球狀又ハ丘狀ニ膨窿セル無數ノ小結節ノ密在スルアリテ顆粒狀ヲナス各結節ハ何レモ被膜ヲ壓上メ各可成リ深キ溝ヲ以テ相互ニ急峻ニ境界セリ(割面)約小兒頭大ノ主腫瘍ハ右葉ノ殆ンド全部ヲ占領シ僅カニ周緣健態肝組織ヲ殘留スルニ過ギズ腫瘍ト肝組織トノ境界ハ極緩徐ナリ主腫瘍內ニ包埋セラレ全ク腫瘍質ヲ以テ栓塞セラレタル右側門脈幹枝アリ持續的ニ分岐セル肥厚セル結締織隔壁ハ相結合シテ細粗種々ノ網眼狀胞巢ヲ作リ內ノ實質ハ殆ンド壞死軟化脫離シテ唯胞巢壁ノミ蜂巢狀トナリ特有ノ海綿狀造構ヲ呈ス主腫瘍ノ周緣健存部ハ上記ノ如ク明カニ胞巢狀ヲナシ灰白渾濁セル脆弱實質ヲ以テ充タサル

肝臟ハ一般表面ノ顆粒ニ一致セル多數ノ實質群ヨリ成リ各實質島ハグリソン氏鞘ニ一致セル强ク肥厚セル被膜ニヨリテ輪狀ニ圍繞セラレテ明カニレンチック氏肝硬變像ヲ呈ス此等硬變質ハ健態肝ノ如キ硬度ヲ有スレ𪜈腫瘍ニ近クニ從ヒ追

レテ唯二列ノ内被細胞ヨリナリ爲メニ實質島ハ肉腫樣ニ見エ各索條狀胞巢ハ何レモ實性ナレ𪜈間々低圓柱狀細胞ハ規則正シク一列ニ放線狀ニ配列メ花環狀ヲナシ内ニ細小ナル管狀腔ヲ圍繞ス(正型的發育像)而シテ細胞體内胆色素顆粒ラシキモノナケレ𪜈斯ル花環狀空隙内ニハ尙黃金色强ク光線ヲ屈折スル圓形明性質ヲ容ルモノ稀レニ在リ而シテ此管腔ヲ遠ザカルニ從ヒ細胞ハ追々ト骰子形大小不同トナリ間々單核又ハ多核巨態細胞ヲ有ス何レモ細胞束ハ常ニ毛細管ニヨリテ圍繞セラレ又切截ノ方向ニヨリテハ却ツテ細胞群ハ血管腔ヲ圍繞セルカノ如キ觀アルモアリ

實質ハ出血多キヿ顯著ニシテ大ナル結節ニテ毛細管網ノ强度ニ擴張セル所ニ在リテハ間々破綻セラレテ廣汎性出血ヲ致シ又血囊胞狀ニ潴溜シ又細胞間ニ浸淫セリ斯ル出血竈ノ近傍ニ於テハ實質ハ半壞死單純壞死脂肪變性ヲ惹起ス尙又細胞束ノ中央部ハ細胞體漸次染色鈍トナリ明カニ營養障碍ノ初期ノ狀態ニ在リ而ルニ各結節ノ多クハ全ク肥厚セル結締織被膜ニヨリテ區劃セラレ急峻ニ境界セラルレトモ所々殊ニ結節ノ周緣ニ近ク間質結締織ハ極微細ナル束狀ヲナシテ毛細管ニ伴ヒツヽ各腫瘍細胞束ト毛細管内被細胞層トノ間ニ侵入シ漸次結節ノ

(I)主腫瘍周緣部(健態部)

切片ハ細粗ノ結締織間質及ビ此ヲ以テ圍繞セラル、圓形卵圓形不規則ニ吻合セル實質島ヨリ成ル主腫瘍ノ中心部ニ近ク組織全ク腐敗シ實質脫離シ不規則網眼ヲ殘シ海綿狀トナル健存部ハ大體ニ於テ全ク異ナレル細胞群ヨリ成ル二種ノ胞巢ヲ區別ス(一)圓形長圓形總テノ方向ニ一樣ニ增大セリト思ハル、實性胞巢ハ全ク肝細胞ヨリ大不等大細胞ヨリナリ(腫瘍結節)(二)他ノモノハ質甚ダ粗鬆ニシテ組織ノ着色淡寧ロ帶褐色ヲ加味スル小細胞ヨリナル網機ヲナシ(肝組織)細胞ノ配列性狀發育又周圍トノ關係ヲ精細ニ比較檢索スレバ兩者ハ自ラ全ク異種ノ者ナルコトヲ認ム可シ而リト雖モ所々一實質小島ニシテ兩者各其一半ヲ占有スルモノナキニ非ス

(腫瘍細胞)少量ノ元形質顆粒ニ乏シク主モニ生理的肝細胞ヨリ遙カ大ナル併シ不等大圓形骰子形時トメ低圓柱狀ヲナシテ內ニ比較的大濃染シ諸分剖像ヲ示ス核アリ間々多核巨態細胞ヲ混在ス斯ル細胞ハ相集マリテ肝組織ニ類スル實性索條ー細胞束ヲナシ相互ニ網狀ニ吻合シ此等胞巢ヲ境界スル間質ハ實ニ毛細管ナリトス毛細管ハ擴張シ血球ヲ容ル所々腫瘍細胞ノ增殖旺盛ナル所ニテハ壓排セラ

ミ内ニ多量ノ胆色素顆粒ヲ入レ而カモ核ハ核材ニ富ミ所々不正的分剖ヲ示シ唯々細胞ノ境界顯著ニシテ顆粒ニ富ムトイフ點ニ於テノミ上記腫瘍細胞ト異ナル外此ヲ輕卒ニ見タランニハ殆ンド腫瘍細胞ノ小嶋ナルカノ如ク見ユレモ此等ノ細胞ガ上記肝細胞乃至僞性胆管ニ連續シオル事實ハ腫瘍轉移ナラズシテ寧ロ甞テ肥大セル肝細胞束ノ爾他腫瘍結節ノ轉移ニ因リ漸次壓迫セラレ萎縮ノ途上ニ在ル者ト謂ツ可キ者ナリ

而シテ一實質嶋内ニ腫瘍組織ト肝組織ト同時ニ其ノ一半ヲ占有スル者有ルニシテモ腫瘍組織ハ寧ロ作動性ニ增殖シツヽアルニ反シ肝組織ハ漸次萎縮シツヽアル者ニシテ斯ル竈ニ於テハ恰カモ肝組織ト腫瘍組織トノ間ニ移行アルカノ如ク見ユレモ諸種ノ染色法ニ據ルモ移行像ハ遺憾乍ラ證明スルコヲ得ザリキ

(II)肝臟ノ性狀

左葉ヲ檢スル肝莢膜僅カニ肥厚ス實質ハ多クハ强ク肥厚セル結締織束ニヨリテ輪狀ニ圍繞境界セラレタル圓形卵圓形ノ大小不同ノ實質分野ニ區劃セラレテ明カニ輪狀肝硬變ヲ呈ス增殖セル間質内ニ散在性又ハ群團狀ニ圓形細胞ノ多數ノ浸潤アリ細小胆管ハ增生ノ徵更ニ無ク寧ロ萎縮ノ狀ニ在リ又所々毛細管强ク擴張

內部ニ深ク增殖スルヲ以テ此ノ正型的腫瘍造構ハ追次消失シ各細胞束及胞巢ノ間質毛細管網ナラスシテ却テ中央尙一條ノ毛細管ヲ有スル幼若結締織ニヨリテ圍繞セラルヽ爲メニ腫瘍結節ハ古クナルニ從ガヒ此增殖結締織隔壁ニヨリ個々ノ細胞又細胞群又ハ束ニ離斷セラレ間質ノ增殖ニ伴ナヒ實質ハ毛細管トノ關係益々疎トナルヲ以テ胞巢ハ諸種ノ退行變性(萎縮壞死脂肪變性等)ヲ呈シ結締織此ヲ補綴シ爲メニ腫瘍ノ古キ所程間質ノ量增加ス併レモ未ダ全ク纖維腫狀ニ變性スルニ至ラズ(第十例十一例等ト類似セリ)

(間質ノ性狀)グリソン氏鞘及少許ノ彈力纖維ヲ有スル血管壁又ハ强度ニ萎縮セル肝組織細小胆管及杜塞セル血管ヲ容ル、幼若結締織ノ索條ニシテ核ニ富ミ多少毛細管ヲ有シ多量ノ小圓形細胞ノ浸潤アリテ明カニ旣存ノ肝小葉ニ代リ增殖セル結締織ナルヲ可シ而シテ主腫瘍ノ發生局所ハ全ク不明ナルニシテモ主腫瘍周緣部ノ各結節ハ皆血腔又淋巴隙ヲ介シテ來レル轉移竈ナリ故ニ殘存肝組織ノ細胞束條ハ强度ノ壓迫萎縮ニ陷リテ細長ニシテ稀レニ樹枝狀ニ分岐セル僞性胆管トナリテ幼若結締織間質內ニ包埋セラルヽ而シテ就中殊ニ圓形細胞浸潤ノ多量ニ有ル所ニテハ斯ル萎縮セル肝細胞索ノ一端ハ漸次肥厚シテ細胞ハ肥大シ顆粒ニ富

結節狀增生ヲ來セル結果トシテ肥厚セル間質ハ壓排セラレタル者ナルコヲ想像スルヲ得可シ

通常大胆管ニ異常ナク唯增殖セル結締織ノ爲メニ萎縮ニ陷レルノミ

肝靜脈門脈細枝ハ主腫瘍ニ近ク腫瘍質栓塞ヲ見ルト雖モ左葉ヨリ截取セル切片ニ於テハ兩血腔ニ異常ヲ認メズ內膜ノ肥厚ヲ認メズ

○第十二實例ノ所見摘要及考按

本例ハレンネック氏輪狀肝硬變ヲ呈シ同時ニ結節狀增生ヲ呈スル肝臟內ニ原發セル肝癌ニシテ主トシテ右葉ノ全部ヲ占有シ上記結節狀ニ增生セル肝組織トノ區別判然タラズ漸ク鏡下ニ照シテ初メテ明カニ兩者ヲ識別スルコヲ得ルノミ

腫瘍ハ總テノ所見上歷然タル實質性肝癌ニシテ第十一例ノ者ニ酷似シテ所謂違型的發育ヲトリタル者ナリ內ニ所々明カナル區別ナクシテ少數ノ正型的發育竈アリ少數ノ花環狀管腔內ニ胆色素顆粒アレモ果シテ而ルヤ否ヤ不明ナリ而シテ腫瘍ハ其ノ小轉移結節ニ於テモ旣デニ出血變性壞死相踵ギテ行ハル、コ從來記載セラレタル者ト異ナル所ナシ

而シテ本例ニ於テ特記スルコハ腫瘍結節ノ少シク發生舊キ所ニ一致シ間質結締

增殖シテ血管腫狀ヲ呈スル者アリ

實質分野ハ主トシテ其中央部ニ鬱血及ビ此ニ結果スル脂肪變性ヲ見ル而シテ周邊部ニハ所々脂肪浸潤層ヲ見ル者アレモ殊ニ分野ノ周緣層又小分野ニ於テハ殆ンド全ク肝細胞索ハ通常以上ニ肥大シ細胞ノ容積增大シ核又タ染色質ヲ增ス細胞索ハ漸次其常態ノ放線狀配列ヲ失ヒテ不規則ニ走行吻合シ細胞ノ一定群ハ好ンデ中央ニ胆汁ヲ容ル、管腔ヲ作リテ花環狀ヲナシ而カモ毛細管網ニヨリテ圍繞セラレツ、增殖セリ即チ斯ル腺腫狀結節狀增生竈ニ於ケル細胞ハ單ニ肥大セルノミトハ限ラズ核亦不等大時トシテ多核巨態細胞ヲ作リ明カニ初期違型的異常ノ增殖ヲ營ミツ、アルコトハ本例ニ於テ特ニ注意ス可キ所ナリトス

結節狀增生竈ト周圍間質トノ關係ヲ見ルニ所々結節周緣部ニ於テハ腫瘍陳舊部ト同ジク間質結締織ハ僅少ナル圓形細胞ヲ隨伴シツ、實質內ニ侵入シ爲メニ實質ト間質トノ區劃著シカラザル者モアレモ其多クノ者ハ肥大セル實質ハ直接ニ間質ニ接觸シ急峻ニ限界セラル殊ニ結節ノ大ナル者ニ於テハ間質ハ寧ロ周圍ニ向ヒ壓排ヲ蒙ムリ核モ毛細管モ萎縮僅少トナリ寧ロ受働的位置ニ在リ此ヲ以テ見レバ本例ニ於テハ肝臟ハ輪狀硬變ニ陷リ次ギテ殘存セル肝細胞ノ代償的肥大

ヲ示シテ增生セル細胞ハ何レモ不等大ニシテ間々多核巨態細胞ヲ混ズル等少シク常規ヲ脫セルノ感無キ能ハズ

尙ホ炎性浸潤ノ燒ンニ行ハレツヽアルグリソン氏鞘ノ所々多數ノ新生小胆管アレ尼別ニ腫瘍發生上ニ關與スルコナキ者ノ如ク寧ロ現在强ク萎縮ノ狀態ニ在リ又タ假令腫瘍組織ト增生像ヲ示ス肝組織ト同一分野內ニ在ル者ニ於テ兩者ノ間ニ從來唱ヘラレタルガ如キ移行像ヲ見ズト雖モ上揭ノ如ク肝臟內到所ニ間質炎ノ盛ンニ行ハレテ實質細胞ハ違型的發育ヲ逞ウシタル結果上記ノ如キ違型像ヲ呈スル實質性癌トナリタル者ナル可ク此レヨリシテ血行ヲ介シ主トシテ右葉ニ蔓延シタル者ナラムモ前揭ノ如ク未ダ肝門淋巴腺ハ犯サレズ唯發生當初ノ狀態ヲ直接鏡下ニ證明スルコヲ得ザルハ遺憾ナリトス

（以下次號）

織ヨリシテ細微ナル結締織片ガ各實質胞巢索條間ノ毛細管ニ沿ヒツヽ進入シ來リ爲メニ腫瘍ノ各胞巢ヲ限界スル者ハ純血管網ニ非ズシテ殆ンド常規トシテ一條ノ毛細管ヲ隨伴スル結締織ノ薄葉トナリ恰カモ胆管上皮性肝癌ニ髣髴タル者アリ併レドモ細胞型ハ胆管上皮性ノ者ニ比メ顆粒ニ富ミテ「エオヂン」ニヨリテ濃染シ又別ニ明カナル區別ナクシテ漸次上記ノ肝癌像ニ移行セルヨリシテ元トヨリ實質性肝癌ニ特有ノ者ニハ非ザレドモ全ク腫瘍ノ退行性病變ノ一階級トシテ來レル變態ニ外ナラズ此ニ就テハ後出著明ノ類例ニ就キテ記述スル所有ル可シ

次ニ肝臟ニ於テハ現在尙ホ著明ナル間質炎ノ行ハレ同時ニ此ニヨリテ圍繞限界セラルヽ大小種々ノ實質島ハ何レモ違型的ニ增殖肥大セル肝細胞索ノ網機ヨリ成ルトハ謂ヘ常態ノ如クニ中心靜脈ノ周圍ニ放線狀ニ配列セズ加之稍大ナル實質島内ニモ特ニグリソン氏鞘又ハ中心靜脈ヲ缺如シ又現今强ク炎症ヲ呈スル間質モ實質ノ爲メニ漸次壓排セラレテ兩者ノ關係親密ナラズ極メテ急峻ナル等ニ徵シ本肝臟内ニハ嘗テ實質ノ頽癈ノ行ハレタルモ殘存肝細胞ハ一定ノ要約ノ下ニ補綴的ニ發育シテ異常ノ增殖ヲ營ミ以テ肝小葉ト全ク異ナレル型ノ實質小島ヲ增生シタル者ト考フルヲ至當ナリトス而シテ此場合細胞ノ增生ハ頗ル違型像

○理事會記事

明治四十一年十二月十五日（水曜日）午後五時ヨリ於偕樂園第三回理事會開會

議案

第一、英國ニ本會通信員ヲ設置スルノ件
第二、國際癌研究會々議ニ本會ヲ代表シ參列セラレタル佐藤、雨宮、秦ノ三氏ニ謝狀發送ノ件
第三、理事囑託之件
第四、會計報告ノ件

右議案ニ對シ決議スルコト左ノ如シ

第一、官命ヲ帶ビ英國ニ向ケ近日出發セラルベキ本會々員海軍軍醫少監隈川基氏ニ本會通信員ヲ囑託スルコト
第二、會頭ヨリ別案（之ヲ畧ス）ヲ以テ謝狀差出スコト
第三、金杉英五郎、入澤達吉、田代義德、山根正次ノ四氏ヘ理事ヲ囑託スルコト
第四、會計報告ハ年度結了後四十二年初刊癌業報ヲ以テ報告スルコト

○廣告

癌研究會第二回定期總會並第二回學術集談會開催

本鄉區金助町一、　入澤達吉

◎東京市外之部

長崎縣對馬國竹敷要港部官舍乙第二號　山岸朔五郎

清國旅順病院長　本堂恒次郎

〔退會〕

◎東京市外之部

京都帝國大學醫科大學　松岡道治

廣島衛戍病院　川島慶治

〔死亡〕

◎東京市內之部

日本橋區濱町三ノ七　楠田謙藏

◎東京市外之部

長野市縣町　今井政公

大津市日本赤十字社滋賀支部病院　大高信藏

◎癌研究會々員名簿（明治四十一年十二月廿日現在）

市內會員之部

一、時期　明治四十二年四月四日（日曜日）午前十時
一、會場　東京帝國大學法科大學第三十番教室
　　明治四十二年二月

癌研究會

東京市麹町區内幸町一丁目三番地

注意　學術集談會ニ於テ演說御希望ノ方ハ演題ト共ニ來三月三日迄本會事務所ニ申込マレタシ

會員異動

〔新入會〕

◎東京市内之部

麻布區新網町一ノ一六（英國駐在中）　隈川基
京橋區本材木町三ノ二四　戸塚文雄

◎東京市外之部

名古屋市樋ノ口町好生館病院内　北川松之助

〔轉居〕

◎東京市内之部

麹町區下二番町四六、
神田區駿河臺鈴木町一六、
京橋區鎗屋町一一、
京橋區本材木町三ノ二四
麹町區元園町一ノ六
〔を〕〔お〕
麹町區飯田町一ノ三
麹町區三番町三六、
本郷區東片町一六〇、
京橋區弓町八、
京橋區南大工町岡田病院
麹町區土手三番町一三、
〔わ〕
京橋區越前堀一ノ四、
〔か〕
麹町區富士見町四ノ一一、
神田區駿河臺南甲賀町
京橋區南佐柄木町五、
〔よ〕
下谷區南稻荷町六一、

土肥慶藏
遠山椿吉
鳥山南壽次郎
戸塚文雄
戸塚機知

岡玄卿
岡田和一郎
緒方圓規
岡本武次
岡田榮吉
大森英太郎

和田劍之助

柏村貞一
金杉英五郎
川上元治部

吉田惠隆

〔い〕

日本橋區蠣殻町二ノ二三　岩佐新
麹町區平河町四ノ六　岩井禎三
京橋區築地海軍軍醫學校　岩崎周次郎
本鄉區金助町一、　入澤達吉
京橋區木挽町三ノ二一、　池田悅次郎
本所區相生町五ノ二三　池邊棟三郎
大久保百人町二一二、　井上圓治

〔は〕

麹町區平河町一ノ五、　芳賀榮次郎
京橋區築地三ノ一五　林曄
本鄉區弓町二ノ二三、　橋本左武郎
神田區駿河臺袋町一三、　濱田玄達
赤坂區新町三ノ一五、　萩原彌四郎

〔に〕

本鄉區眞砂町二八、　西山信光

〔ほ〕

麹町區平河町五ノ二四、　本多忠夫
芝區柴井町三、　細野順

〔と〕

京橋區三十間堀二ノ一　黑岩德明
赤坂區靈南坂町一九、　窪田靜太郎
麻布區新網町一ノ六　〔や〕　隈川基

本郷區西片町一〇、ろ一一、　山極勝三郎
麹町區富士見町五ノ三、　山根正次
四ッ谷區本村町三七、　山上兼輔
赤坂區靈南坂町三一、　〔ま〕　矢部辰三郎

芝區三田町二ノ一四、　〔ふ〕　松山陽太郎
本郷區駒込西片町九、　〔こ〕　富士川游
神田區駿河臺南甲賀町一〇、　〔て〕　近藤次繁
日本橋區矢ノ倉町二、　〔あ〕　寺田織尾

本郷區弓町二ノ三四、　青山胤通
本郷區春木町三ノ二八、　吾妻勝剛
本郷區湯島五丁目順天堂　阿久津三郎

京橋區築地海軍々醫學校
〔た〕
京橋區西紺屋町一〇、
京橋區西紺屋町一〇、
神田區駿河臺鈴木町二、
下谷區練塀町六一、
京橋區築地明石町三一、
深川區深川公園第四七號
麹町區平河町二ノ二、
小石川區竹早町四二、
〔つ〕
千駄ヶ谷町字新町裏八九〇、
〔な〕
麹町區內幸町一ノ三
麹町區下二番町七四、
〔ら〕
本郷區弓町二ノ一四、
麹町區下六番町二三、
〔わ〕
神田區西小川町二ノ五、

吉河爲久藏
高木・兼寛
高木喜寛
高田耕安
田代義德
田村光顯
田口篤信
多納光儀
瀧口金二
鶴田禎次郎
長與稱吉
中濱東一郎
宇野朗
魚住完治
栗本東明

〔み〕

神田區三崎町三ノ一
神田區駿河臺袋町一五、
神田區裏猿樂町三ノ四〇、
神田區駿河臺鈴木町六、
神田區小川町六〇、
下谷區棟塀町東京田代病院

〔し〕

赤坂區高樹町一四、
本鄉區西片町一〇、ほ六
牛込區矢來町三、字仲九五四

〔ひ〕

京橋區新肴町一四、
海軍省醫務局

〔も〕

京橋區采女町二五、
麻布區飯倉片町五、
神田區淡路町一ノ一

〔す〕

三浦守治
三浦謹之助
三輪信太郎
宮島幹之助
宮本叔
宮田哲雄
志賀潔
志立富松
平井政道
毛利伊賀
望月開作
鈴木主計
鈴木孝之助
杉山源作

芝區三田四國町前田清則方
牛込區矢來町八。
京橋區木挽町九ノ三三、
神田區駿河臺南甲賀町一七、

〔さ〕

神田區猿樂町二五、
本郷區西片町一〇、は一九、
麹町區內幸町一ノ五、
本郷區湯島五ノ一〇、
神田區駿河臺北甲賀町一一、
牛込區若宮町二六、
麻布區東鳥居坂町九、
本郷區湯島天神町二ノ一二、

〔き〕

本郷區森川町一中通一〇六、
京橋區三十間堀一ノ六
神田區東紺屋町六、
麻布區今井町二二、
麻布區仲ノ町一九、
日本橋區本町一ノ一二、

雨宮量七郎
秋山棟造
朝吹英二
朝倉文三

佐藤三吉
佐藤達次郎
佐藤敏夫
佐藤進
佐々木政吉
齋藤雄助
實吉安純
澤木富次郎

木下正中
木村順吉
木村德衛
北村精造
北里柴三郎
菊地循一

大坂市西區新町三丁目緒方病院
滋賀縣野洲郡守山町大字吉身
群馬縣新田郡太田町一八三、
佐世保海軍病院
長崎市奥善町五〇、
佐賀市松原町
東京府下青山原宿一六七、
千葉醫學專門學校
山口縣都濃郡德山町
名古屋市醫學專門學校

〔わ〕

伯耆米子町中町

〔か〕

京都市堺町丸太町下ル
岡山醫學專門學校
千葉縣安房郡館山町
宇都宮市神野病院

〔よ〕

秋田市土手長町

緒方收二郎
岡田國太郎
岡文造
太田彌太郎
大谷周庵
大黒安三郎
大塚陸太郎
荻生錬造
奥田道有
小川三之助
渡邊慶太郎
笠原光輿
桂田富士郎
川名博夫
神野勇三郎
吉田貞準

市外會員之部

〔い〕

京都市堺町三條上ル　猪子止才之助
橫須賀衛戍病院　飯島茂
津市玉置町四二、　今井通
仙臺市東二番町九六、　磯彝
福岡市因幡町五六、　稻田龍吉
京都市吉田町中大路　池田廉一郎
埼玉縣入間郡川越町志義町　井上力
千葉縣千葉町梅屋敷　井上善次郎

〔は〕

大坂西區江戸堀南通五ノ一五六、　服部哲
山口縣三田尻　林川長兵衛

〔に〕

秋田市上長町　西山貞光

〔と〕

大坂市西區新町三丁目緒方病院　東條良太郎

〔を〕〔お〕

大坂市今橋三ノ一八、　緒方正清

京都府下伏見衛戍病院
〔む〕
甲府市櫻町二、
石狩國岩見澤町畑一、
〔の〕
相州小田原町十字町三ノ二二、
〔く〕
名古屋市竪三藏町五三、
小倉第十二師團軍醫部
〔や〕
橫須賀海軍病院
長崎縣對馬國竹敷要港部官舍乙第二號
仙臺市北一番町二三、
愛知縣中島郡一ノ宮町私立山下病院
〔ま〕
和歌山市日本赤十字社和歌山支部病院
〔ふ〕
德島市寺島町古川病院
京都帝國大學醫科大學
〔こ〕

永末茂太郎
村松鍬三
撫養圓太郎
能勢靜太
熊谷幸之輔
國重嘉吉
山本英忠
山岸朔五郎
山形仲藝
山下隆
丸山震五郎
古川市次郎
藤浪鑑

〔た〕

長岡市中千手町　谷口吉太郎
熊本縣飽託郡本莊村熊本病院舍宅　谷口長雄
大坂市西區江戸堀北通一ノ八六、　高洲謙一郎
名古屋市主稅町　高橋傳吉
大坂市東區道修町四ノ二、　高安道成
秋田縣湯澤町　田中敬助
鹿兒島縣立鹿兒島病院　田中苗太郎
長崎市豐後町一四、　田代正

〔つ〕

千葉醫學專門學校　筒井八百珠
兵庫縣須磨浦療病院　鶴崎平三郎

〔ね〕

橫須賀軍艦香取　根來祐春

〔な〕

東京府下南葛飾郡小松川村　奈良林淺次郎
佐世保海軍病院　中尾太一郎
京都市上京區下切通新丸東へ入　中西龜太郎
福岡市外春吉五番町　中金一
滋賀縣彥根町字安養寺　長澤傳六

大坂市東區今橋三丁目　水口耕治
福島市舟場町一、　水野欽三
熊本市井川淵町三三、　角恂
福岡醫科大學醫院第一外科　〔し〕　三宅速
京都市新島丸頭町　〔ひ〕　島村俊一
廣島市水主町一二四、　〔も〕　疋田復次郎
京都府立醫學專門學校　望月惇一
三重縣伊勢國三重郡羽津村羽津病院　〔せ〕　森正道
札幌區大通西四ノ六、　〔す〕　關場不二彥
岩手縣盛岡市川原小路一二、　杉立義郎
島根縣濱田衛戍病院　杉本喜一

外國之部

Bei Frau Gohlsch Invalidenstr. 40—41II Berlin, Deutschland.　秦佐八郎
P. O. Box. 986 Seattle. Wash. U. S. A.　植松田津磨

岐阜市秋津町　小坂慶二
名古屋市南武平町七、　小島浦三郎

〔さ〕

名古屋市南外堀町乙二一〇、　佐藤勤也
石川縣金澤病院　佐々木遠
京都市上京區室町通上長者町下ル清和院町四、　佐伯理一郎
大坂市北區曾根崎上四丁目、　佐多愛彥
神戸市中山手通七ノ二四ノ二、　坂元重勝
東京府下南足立郡千住町三ノ一、　齋木林策
軍艦對馬　齋藤恭三
北海道小樽區手宮裡町一八、　澤田光壽
新潟市營所通二番町　澤田敬義

〔き〕

名古屋市南外堀町二一一、　北川乙治郎
名古屋市樋口町好生館病院　北川松之助
兵庫縣武庫郡西ノ宮町　菊池常三郎
大坂市西區土佐堀通一ノ二二、　清野勇

〔ゆ〕

大坂市東區今橋三丁目　湯川玄洋

〔み〕

瑞典癌研究地方委員會々長大學教授「ドクトル」ジョンベルグ氏（ストックホルム）

佛國癌研究會代表者「ドクトル」ボレル氏（巴里）パストール氏（敎室）

獨乙癌研究中央委員會名譽會員、衛生局長「ドクトル」エフ、プム（伯林）

獨乙癌研究中央委員會々員バーデン大公國政府代表、樞密顧問官、大學敎授「ドクトル」ツエルニー閣下（ハイデルベルグ）

米國癌研究會雜バッファロー癌研究所代表者「ドクトル」ジ、エ、エイチ、クロウス（バッハアロー）

佛國癌研究會理事長大學敎授「ドクトル」ヒエルデルベ氏（巴里）

ブタペスト醫會癌研究委員會々長大學敎授「ドクトル」ドルリンゲン氏（ブタペスト）

獨乙癌研究中央委員會幹部委員樞密高等醫事顧問官大學敎授「ドクトル」エールリヒ氏（フランフルト、アム、マイ）

丁抹癌研究委員會座長代理大學敎授「ドクトル」ヨハンヲス、フィビゲル氏（コーペンハーゲン）

獨乙癌研究中央委員會主計樞密醫事顧問官フホン、ハンゼマン氏（伯林）

日本癌研究會代表者秦佐八郎氏

墺國癌研究會代表者宮中顧問官大學敎授「ドクトル」ホッヘンエッグ氏（維納）

丁抹癌研究委員會座長大學敎授「ドクトル」イエンゼン氏（コーペンハーゲン）

獨乙癌研究中央委員會々長代理、宗敎敎育兼醫事々務局顧問、樞密特別醫事高等醫事顧問官、大學敎授「ドクトル」キルヒヲル氏（伯林）

佛國癌研究會理事「ドクトル」レヅーレベル氏（巴里）

獨乙癌研究中央委員會幹部委員ハンブルク癌研究地方委員會々長ハンブルク府會代表者大學敎授「ドクトル」レンハルツ氏（ハンブルグ）

獨乙癌研究中央委員會々員大學敎授「ドクトル」カール、レウイン氏

獨乙癌研究中央委員會名譽會頭兼座長正樞密顧問官大學敎授「ドクトル」フオン、ライデン閣下（伯林）

小林固太郎
佐藤恒丸
雨宮量七郎
佐々木四方志
平賀精次郎
齋藤有記
本堂恒次郎

Hansastr. 9II Breslau Deutschland.
Kesselstr. 29 Berlin. N.
Barbarossastr. 13 Berlin W. Deutschland.
韓國東城大和町二ノ一六
清國天津河北
清國旅順海軍病院
清國旅順陸軍病院

◎國際癌研究協會創立會議記事

國際癌研究協會規則草按及會創立記事ハ本業報前々號及ビ前號(第二年第一、二冊)紙上ニ掲載セルガ同會理事長ヨリ同會發行ノ月刊雜誌 Cancer ヲ寄贈セラレ本紙上ニ抄錄セン事ヲ依賴セラレタルニヨリ更ニ茲ニ記載スルコトセリ——規則文中點ヲ附セルハ草按ノ修正セラレタル所ナリ——

醫學士緒方知三郎譯

伯林大學病理教室(シュマン町二十一番「シャリテー」帝室病院)ニ於テ西歷一千九百〇八年五月廿三日土曜日午前十時開會

座長　樞密顧問官大學教授「ドクトル」フヒン、ライデン閣下(伯林)

書記　大學教授「ドクトル」ゲチルゲ、マイエル氏(伯林)

出席諸氏

日本癌研究會代表者海軍々醫少監醫學士雨宮量七郎氏

佛國癌研究會代表者「ドクトル」ベクレル氏(巴里)

獨乙癌研究中央委員會幹部委員行政兼樞密顧問官「ドクトル」ペーラ氏(ストラールズンド)

授ゴルギー氏（パビア）、副會長大學教授アンギアガリ氏、理事ベアッチイ、モレシイ（パビア）兩氏ナリ、他ハ聖ピタースブルグ市ニ設立セラレタル露國癌腫撲滅會ニシテ會長露國侍從正參議プリステルコウ氏副會長大學教授ラートシンスキー氏理事帝國醫科大學「プリバートドチェント」エフ、ウエベル氏ナリ大學教授ボドウノツツキー氏ハ此ノ會合ヨリ國際協會創立會議ニ代表者トシテ派遣セラレ、其會則及ビ會員名簿ヲ特參セラレタリ

セルニー閣下ハ創立ニ際シ會則ヲ本日議決スル可キヲ注意シ、曰ク先般迄附シ居キタル規則草案ノ少シク訂正シタル所二ケ條アリ、最初ノ草案ニハ第一條第一節ニ於テ癌患者ノ臨床的治療モ亦國際協會ノ事業ニ屬セシメタルモ癌患者ノ救療ハ寧ロ地方委員會ノ事業ニシテ國際協會ノ關スル所ニアラズ故ニ此ノケ條ハ其後擦消セラレタリ、他ハ第八條幹部委員撰擧ノ件ニシテ第八條第一節ハ左ノ如ク修正セン事ヲ吾人ハ提議ス

幹部委員ハ少ナクトモ十五名ノ正會員ヨリ成リ會頭及ビ會頭代理三名、會計主任並ビニ理事長及ビ代理各一名ヲ互撰ス

凡テ十三ケ國ヨリ代表者派遣ノ通知ヲ得タリ、幹部委員ハ十五名ヨリナル故ニ其ノ中二ケ國ハ各々二名ノ代表者ヲ撰ビ得可シ、佛獨兩國先ツ此二ケ國タルガ可ナランカ、尙ホ多數ノ國ガ吾協會ニ加入スルニ到レバ各國凡テ其代表者ヲ幹部委員ニ撰出シ得ンガ爲メニ幹部委員ノ數ヲ增加スレバヨカラン、吾ガ國際協會ノ規則ハ他ノ國際研究協會規則ノ例ニ倣ハザル可カラズキルヒヲル氏ハ規則ノ各ケ條ニ就テ說明スル前ニ各地方委員代表者ハ國際協會ナル團結ヲ必要ト認メタルヤ否ヤノ意見ヲ發表セラレタシトノ動議ヲ提出ス

ピーエル、マリー氏ノ質問ニ對シ書記マイエル氏ハ答ヘテ曰ク英國ハ初メハ國際協會ニ加入スルヲ避ケタル模樣ナリキ、米國癌研究會ハクラウス氏ヲ會員トシテ派遣ストテ左ノ如キ書簡ヲ其際送ラレタリ

バッフヲロー、エヌ、ワイ一千九百八年四月廿七日

伯林市國際癌研究協會書記長

大學教授「ドクトル」ゲチルゲ、マイエル殿

余ノ敬愛スル大學教授マイエル君ヨ

西班牙癌研究委員會代表者「ドクトル」ハンス、ライデン（伯林）
佛國癌研究會代表者大學教授「ドクトル」ピエル、マリー氏（巴里）
獨乙癌研究中央委員會理事長大學教授「ドクトル」ゲチルゲ、マイエル氏（伯林）
伊太利癌研究委員會理事シエ、モレシー氏（パビア）
漢堡癌研究地方委員會々員漢堡府會代表者醫事顧問官大學教授「ドクトル」ノホト氏
獨乙癌研究中央委員會幹部委員樞密醫事顧問官大學教授「ドクトル」チルト氏（伯林）
獨乙中央癌研究會々員「ドクトル」パペンハイム氏（伯林）
瑞典癌研究地方委員會副座長大學教授「ドクトル」カール、パートレン氏（ウプサラ）
露國癌腫撲滅會代表者露國醫事顧問官代理大學教授「ドクトル」ボドウイゾツキー氏（ペテルスブルグ）
獨乙中央癌研究委員會々員樞密醫事顧問官大學教授「ドクトル」ゾンチンブルグ氏（伯林）
日本癌研究會代表者三等軍醫正醫學士佐藤恒丸氏
內務省顧問內務省代表者樞密顧問官男爵フオン、スイン氏（伯林）
ウユルテンベルグ癌研究地方委員會代表者「ドクトル」ハインベルク氏（スツットガルト）

議事日程　提出規則草案ノ議決

座長フオン、ライデン氏ハ先ツ會衆ニ挨拶シテ曰ク、余ノ尊敬スル諸君、余ハ吾人ガ將來大ニ得ル所アラント豫期シツヽアル此ノ議會ニ諸君ヲ赤心ヲ以テ歡迎シ、且ツ諸君殊ニ外國ヨリ派遣セラレタル諸君ガ斯ク多數ニ集會セラレタルハ余ノ深ク感謝スル所ナリ、本日ハ國際癌研究協會創立ニ就テ議セントスルナリ吾人ハ此レニヨリテ科學並ビニ治療的技術尙ホ附言スレバ此ノ疾患ニ犯サレタル不幸ナル人々ノ救護ニ從事ス可キ善良著明ナル事業ヲ成就セン事ヲ希望ス、余ハ吾人ガ斯カル事業ヲ成効ニ導キ且ツ未來ガ吾人ノ企テヲ完成セン事ヲ願フ

書記ゲチルゲ、マイエル氏ハ今到着セル癌研究委員會新設ノ通牒ヲ報告セラル即チ伊國委員會ハ五月一日創立セラレ會長大學教

研究地方委員會ヲクロース氏ハ米國癌研究會ヲ、イエンセン氏ハ丁抹癌研究委員會ヲ、佐藤氏ハ日本癌研究會ヲ、ハンス、ライデン氏ハ西班牙癌研究委員會ヲ代表シテ何レモ同樣ニ國際協會創立ノ動議ニ贊成シ共力ヲ約セラル

獨乙委員會ノ名ニ於テツエルニー閣下ハ提出規則草案ニ贊成シ、且ツ國際癌研究會創立ニ關シ全テノ方面ヨリ與ヘラレタル同意ニ對シ謝詞ヲ呈シ、曰ク結核撲滅ガ人道及ビ學術的方面ニ關シ主トシテ國際的團結ニヨリテ成就セシガ如ク、此ノ醫學ノ最モ困難ナル範圍ニ於テモ單ニ學術上ノミナラズ、人道及ビ患者ニ利益スル時期ノ到來ス可シトノ希望ヲ生ゼリト

規則草案第一條第四節ニ記載セル國際的癌腫研究雜誌ニ關シキルヒヲル氏ハ提議シテ曰ク、樞密顧問官フラン、ライデン、大學教授ゲルゲ、マイエル兩氏ヲ主筆トシ獨乙癌研究中央委員會ヨリ發刊セラル、癌腫研究雜誌(Zeitschrift für Krebsforschung)ハ全獨乙國ヲ通ジテ大ナル名聲ヲ博セリ又他國ニ於テモ恐クハ同樣ナル專門雜誌ノ發行セラル、者アラン、故ニ規則草案第一條第四節ニヨリテ發刊セラル可キ機關雜誌ハ此等ノ學術的雜誌ト趣ヲ異ニシ、各國間ノ關係ヲ親密ナラシメ、全會員ニ關係アル國際癌研究協會ニ就テノ通知ヲ記載ス可シ、又時ニ學術的論文モ發表スル事モアル可シ、然シ大體ニ於テ主トシテ會報ヲ掲ゲ可キ者ナリ、全文ハ獨佛英三ケ國語ニテ編纂シ他ノ學術的雜誌ト競爭ス可ラズ

マイエル氏ハ月報ニ「國際癌研究協會ノ委託ニ依リテ發行ス」ト表示ス可キヲ動議シ滿場一致ニテ可決セラル、曰ク主トシテ國際癌研究協會及ビ協會ニ加盟セル會合又ハ委員會ノ會議記事及ビ事務報告ヲ載セ、又單簡ナル學術的報告モ公ニスル事アル可シト氏ハ會報ヲ可成的早ク送附セラレン事ヲ加盟者ニ向ツテ切望セラレタリ

次テ規則ノ議事ニ移リ評議ノ結果規則ハ左ノ如クニ議決セラレタリ(譯者曰ク其ノ評議記事ハ冗長ニ亘ルヲ以テ畧セリ)

國際癌研究協會規則

名稱及ビ目的

第一條　本會ハ國際癌研究協會ト稱ス其目的次ノ如シ

西歴一千九百八年四月十五日ニ於ケル米國癌研究會々議ニ依リ「ドクトル」ジ、エム、エ、クラウス氏ヲ五月二十三日ニ擧行セラルヘキ國際癌研究協會設立會議ニ派遣ス、氏ハ米國癌研究會ヲ代表シ該會議ニ參與スル全權ヲ有ス

汝ノ忠實ナル

米國癌研究會書記大學教授

ハアベー、アール、ゲーロルド

ポッヘンエッグ氏（維納）曰ク宮中顧問官「ドクトル」クロバック氏ヲ會頭トシ、殆ンド全維納市臨床醫學及ビ病理解剖並ビニ實驗的病理學ノ教授ヲ會員トセル墺國癌委員會ハ現時ニ於ケル經驗ノ立脚點ヨリ、癌治療ノ最良方法ハ可成的早期診斷ニ基ケル早朝手術ナリトノ意見ヲ發表シ、極力其レガ奬勵ニツトムルヲ以テ從來其主義トナセリ、此主義ニ基キ全墺國醫家ニ Principiis obsta ナル標題ノ下ニ癌腫早期診斷ニ際シ考察ス可キ事項ヲ掲ゲ、殊ニ癌疾患ニ就テ不幸ニモ亦醫士社會ニ於テモ行ハル、悲觀的觀念ニ對シテ早期診斷並ビニ適時手術ニ依レバ治癒シ得可キ疾患タル所以ヲ照明ス可ク統計的材料ヲ附記セル檄文ヲ配附セリ、此ノ怖ル可キ病冤ニ對スル今後ノ問題及ビ癌疾患豫防ノ高遠ナル目的ハ未來ニ橫ハレリ、之ヲ準備スルニハ此結合ノ大事業ニ屬スルナリ、國際協會ニ集注スル凡テノ力ノ共同作業、實驗室研究ノ協力奮勵、臨床的觀察統計的考究ニヨリテ癌腫テフ難題ノ氷解ニ近ク時ノ來ラン事ハ吾等畢生ノ願望ナリ、此意味ニ於テ墺國委員會ハ國際癌研究會ノ創立ヲ赤心ヲ以テ祝賀シ、且ツ喜ンデ加盟ノ機會ヲ獲得セリ、吾等ハ悦ンデ吾等ノ共同作業ヲ提供スルモノナリ

ボドウィンツツキー氏ハ癌患者ノ臨床的看護ニ關スル事項ハ規則原案中ニ當然附加ス可キ者ナルヲ注意シ、曰ク癌治療ノ最早及ニヨルヲ得ザル時期ニ於ケル手術シ得ザル患者ノ看護ノ一ヲ顧慮ス可キハ當然ノ事ナル可シ、又國際癌研究協會ノ目的中ニ癌本態ニ關スル智識及ビ早期診斷法ヲ民間ニ流布スルヲケ條ヲ追加セラレタシ、セント、ピータースブルグ市ニ於ケル露國癌腫撲滅會ハ癌疾患ノ學術的研究並ビニ調査ノミナラズ醫師ニヨリ相當ナル智識ノ公衆流布及ビ適時診斷ノ輓推ヲ目的トセリ、公衆ニ布流ス可キ事項ハ小冊中ニ記述セラレタリ、氏ハ國際癌研究協會ニ露國癌腫撲滅會ガ共力ス可キヲ約セヲル

次デモレシー氏ハマイランドニ設立セラル可キ癌研究所ノ設計ヲ示シ、ピエール、マリー氏ハ佛國癌研究會ナベルグ氏ハ瑞典癌

決ヲナス者トス、總會ハ次回協議會開催地ヲ決定ス

總會ニ於テ幹部委員及ビ名譽會員ヲ選擧シ會計事務ヲ監査ス

總會ニ於テ決議權ヲ有スル者ハ幹部委員選擧ニ際シテハ正會員、其他ニ在リテハ正會員及ビ名譽會員トス

(ロ) 幹部委員

第八條　幹部委員ハ少ナクトモ十五名ノ正會員ヨリ成リ會頭及ビ會頭代理三名會計主任並ビニ理事長及ビ代理各一名ヲ互撰ス

協會ニ加盟スル各國ハ可成的幹部委員會ニ一名ノ正會員ヲ代表セシム可シ

幹部委員ノ任期ハ三年トス再選ハ妨ナシ、幹部委員ハ新幹部委員ノ撰擧迄其事務ヲトル可シ

名譽會員ハ幹部委員會ニ參與スル事ヲ得

第九條　幹部委員會ハ議定ス可キ事項ノ集積スルニ隨テ會頭之レヲ召集シ少ナクトモ一年一回之レヲ開ク者トス其他幹部委員五名以上ノ要求アル時ニハ召集セザル可カラズ、其際幹部委員ハ國際癌研究協會々員ヲシテ代理セシメ得可シ

(ハ) 專務委員

第十條　專務委員ハ幹部委員ノ會頭、協會ノ會計主任及ビ理事長又支障アル時ニハ其代理者、並ビニ幹部委員ヨリ撰出セラレタル三名ノ陪席者又支障アル時ニハ其代理者ヲ以テ組織ス

第十一條　專務委員事務所ヲ伯林市ニ置ク

第十二條　專務委員ハ會務ヲ處理シ事務報告ヲ作製シ國際協會ニ關スル豫算案ヲ編成シ理事長ノ俸給ヲ決定ス專務委員會ハ必要アル毎ニ之レヲ開ク但シ少ナクモ一年一回ハ之レヲ開ク者トス

第十三條　一切ノ會務ハ專務委員長之レヲ裁斷シ支障アル時ニハ理事長代テ之レヲ決行ス

第一　癌腫ノ研究及ビ救療豫防並ビニ癌患者看護ニ就テノ設備ノ斡推

第二　統一的國際癌統計ノ製作

第三　凡テノ癌研究問題ニ關スル國際的發信所ノ設立

第四　國際的專門雜誌ノ發刊

第五　國際的癌研究協議會開設ノ準備

第六　民間ニ癌腫本態ニ關スル智識ノ流布

會員

第二條　會員ヲ分チテ正會員、特別會員及ビ名譽會員トス

第三條　正會員ヲ任命スル權利ハ國際協會ニ加盟スル各國均シク之レヲ享有ス
加盟各國ガ住民千萬人迄ハ二名トシ、五百萬人ヲ增ス毎ニ一名ヲ加フ、其最大數ヲ五名トス
正會員ハ國際癌研究協會幹部委員ノ承認セル癌研究ニ對スル中央機關組織ヲ有スル國際ニ於テハ中央機關之レヲ任命シ、其他ニ於テハ政府之ヲ任命ス

第四條　特別會員ハ學術上ノ業績又ハ他ノ方法ニ由リ癌ノ研究或ハ救療豫防上ニ特別ノ功勞アリタル者ヨリ推薦ス

第五條　名譽會員ハ癌ノ研究或ハ救療豫防上ニ偉大ナル効績アリタル者ヨリ推薦ス

國際癌研究協會ノ機關

第六條　國際癌研究協會ノ機關ハイ)總會ロ幹部委員ハ專務委員トス)

(イ)　總會

第七條　總會ハ各會員ノ會同ヨリ成ル、其際正會員ハ代理者ヲ出席セシメ得、總會ハ可成的國際癌協議會ト同時ニ會催シ少ナクトモ毎三年一回之レヲ開キ協會事業ノ成績ヲ報告シ且ツ要件ノ議

佛蘭西　ベクレール氏、ボレル氏デルベ氏ルドー、ルバル氏、ピエール、マリー氏

希臘　元老院議員ゴルギー氏大學教授アンギアガリー氏、大學教授デボト氏、ベラッチ氏、モレシー氏

日本　青山胤通氏、本多忠夫氏、佐藤恒丸氏、秦佐八郎氏、雨宮量七郎氏

塊太利　ホッヘンエッグ氏、宮中顧問官大學教授フォン、アイゼルベルグ氏宮中顧問官大學教授ナイセル氏、大學教授パルタウフ氏、宮中顧問官大學教授シヤウター氏

葡萄牙　未定

露西亞　ボドウィツツキー氏其他ハ露國癌腫撲滅會ヨリ通知アル筈

瑞典　ベルグ氏、ロベルヤラン氏、ハンス、ライデン氏

ウンガルン　ドリンゲル氏其他ハ未定

北米合衆國　クロウス氏其他ハ米國癌研究會ヨリ通知アル筈

獨乙　フォン、ライデン閣下、ツエルニー閣下、ブム氏、キルヒ子ル氏、チルト氏

撰出セラレタル諸氏ノ受任ノ挨拶アリタル後ドルリンゲル氏立チテ曰ク諸君余ハ余等同僚ヲ代表シ其委任ニ依リ茲ニ動議ヲ提出セントス、正樞密顧問官大學教授フォン、ライデン閣下ノ本協會創立ニ對スル偉大ナル功績ヲ認メ氏ヲ常置名譽會頭ニ擁擧セラレン事之レナリ、余ハ此動議タルヤ不必用ノ言タルヲ信ズ其ハ諸君ハ已ニ氏ノ獨乙癌研究中央委員會創立、獨乙癌協力研究次テ本國際癌研究協會ノ成立ニ就テノ功勞ヲ認識セラレ居レバナリト、氏ノ動議ハ異議ナク可決セラレタリ

フォン、ライデン閣下ハ此名譽アル位置ニ擁擧セラレタルヲ感謝シ且ツ其職務ヲ全フセン事ヲ誓ハル

キルヒ子ル氏曰ク吾獨乙正會員ノ一名タルライデン閣下名譽會頭ニ擁セラレタルニヨリ其代表者トシテ癌研究ニ一新機軸ヲ劃シ世界ニ其名ヲ知ラレタル樞密顧問官エールリヒ氏（フランクフルト、アム、マイン）ヲ推サントス、故ニ獨乙正會員ハ議長ブム氏、ツエルニー閣下、樞密顧問官チルト氏、樞密顧問官エールリヒ氏及ビ余ノ五名トナレリ、國際癌研究會ノ座長トシテハ、獨乙人ヲ擁擧セラレタシ、其ハ全テノ問題ハ獨乙國ヨリ提出セル故ナリ、佛蘭西、丁抹、北米合衆國ハ尚ホ一名ヅヽノ代表者ヲ擁出セ

國際癌研究協會ノ經費

第十四條　協會ノ經費ハ加盟正會員ノ會費及ビ特別寄附金ヲ以テ支辨ス

癌研究協會ニ加盟スル各國ノ癌研究會本部ハ正會員一名ニツキ毎年一百「マルク」ノ會費ヲ支拂フ可シ

會費及ビ特別寄附金ヲ以テ本會經費全部ヲ支辨シ能ハザル時ハ獨乙癌研究中央委員會ニ於テ其不足ヲ假支辨スル者トス

ツエルニー閣下ハ規則ノ議決セラレ國際癌研究會ハ茲ニ成立ヲ告ゲタルヲ宣言セラル、此ニ於テ規則ニ從ヒ各國ヨリ正會員ヲ撰定シ又其中ヨリ幹部委員專務委員ヲ擇擧セザル可カラズ、

氏ハ本日再ビ此擇擧ヲ行ハンガ爲メニ祝賀會ノ直後即チ午後三時集合セラレン事ヲ望マル

閉會正午十二時

◎國際癌研究協會々議

開會午後三時十五分

座長　フヲン、ライデン閣下

書記　ゲヲルゲマイエル氏

議事日程　會員ノ擇擧

正會員ニ擇擧セラレタル諸氏ハ左ノ如シ

丁　抹　フヲビーゲル氏

樞密醫事顧問官大學教授「ドクトル」ワルダイエル氏(伯林)
男爵夫人マチルデ、フォン、ロートシルド(フランクフルト、アム、マイン)

特別會員

大學教授「ドクトル」フォン、バウムガルテン氏(チュービンゲン)
行政兼樞密醫事顧問官「ドクトル」ベーラ氏(ストラールズンド)
樞密醫事顧問官大學教授「ドクトル」ビール氏(伯林)
大學教授「ドクトル」ボルスト氏(ヴルップルグ)
樞密醫事顧問官大學教授「ドクトル」クルシュマン氏(ライプチヒ)
樞密醫事顧問官大學教授「ドクトル」フリュゲ氏(ブレスラウ)
普國保險局長主事「ドクトル」フロインド氏(伯林)
樞密顧問官「ドクトル」リッテル、フォン、グラシェイ氏(ミュンヘン)
醫事顧問官「ドクトル」グレーフェ氏(チルデンブルグ)
樞密醫事顧問官大學教授「ドクトル」フォン、ハンゼマン氏(伯林)
大學教授「ドクトル」ゲ、ハウゼル氏(エルランゲン)
大學教授「ドクトル」レンハルツ氏(ハンブルグ)
樞密醫事顧問官大學教授「ドクトル」レチボルド氏(ドレスデン)
樞密醫事顧問官大學教授「ドクトル」レプゲル氏(ボッヒウム)
大學教授「ドクトル」マルチュス氏(ロストック)
大學教授「ドクトル」ゲチルゲ、マイエル氏(伯林)
高等樞密醫事顧問官「ドクトル」ナイドハルト氏(ダルスムタット)

レタシ、此正會員ノ位置ハ將來他國ノ代表者ニヨリテ占メラルヽ事モアル可シ

マイエル氏ハ各國代表者（正會員）並ビニ各國代表者ヨリ當日提出セラレタル名譽會員及ビ特別會員ノ姓名ヲ確メラル

名譽會員

丁　抹　大學教授「ドクトル」イェンセン氏（コーペンハーゲン）

墺太利　宮中顧問官「ドクトル」クロバック氏（維納）

ウンガルン　內閣顧問官「ドクトル」ジュ、ファウ、ファルガ氏（ブダペスト）

西班牙　文務大臣衛生局局長帝室衛生會副議長、醫科大學評議委員マドリッド元老院議員「ドクトル」ジェ、エム、ユルテツ氏

衛生局員マドリッド元老院議員アンゲル、ブリド、フェルナンデッ氏

癈乙名譽會員及ビ特別會員ハ次ノ如シ

名譽會員

獨乙帝國宰相侯爵フヂン、ビウーロー閣下

內務省秘書官「ドクトル」フョン、ベートマン、ホルウエグ閣下（伯林）

文敎兼醫務大臣「ドクトル」ホルレン閣下（伯林）

國務大臣「ドクトル」フョン、スツッド閣下（伯林）

司法宗敎兼敎育大臣「ドクトル」男爵フョン、ドッシュ閣下（カルスルーヘ）

陸軍々醫監大學敎授「ドクトル」シヂェルニング閣下（伯林）

樞密顧問官大學敎授「ドクトル」フョン、アングレル氏（ミュンヘン）

ボン大學管理者樞密顧問官ゲ、エッピングハウス氏

リチアルド、フライシエル氏（ウイスバーデン）大學敎授「ドクトル」ヴエ、ア、フロインド氏（伯林）

樞密醫事顧問官大學敎授「ドクトル」ナウニン氏（バーデン）

丁抹　フイビーゲル氏
佛蘭西　ボレル氏ピエル、マリー氏
希臘　ガバラス氏
伊太利　ゴルギー氏
日本　青山胤通氏
墺太利　ホツヘンエツグ氏
葡萄牙　子ベス氏
露西亞　ボドウイソツキー氏
瑞典　ベルグ氏
西班牙　ロベツツ、ヂユラン氏
ウンガルン　ドルリンゲル氏
北米合衆國　ロスウエル、パーク氏
獨乙　ツエルニー閣下キルヒ子ル氏

携擧セラレタル諸氏ハ何レモ其任ヲ承認セラル、引キ續キテ第一回幹部委員會議ヲ擧行ス

第一回幹部委員會議

座長　フォン、ライデン閣下
書記　ゲチルゲ、マイエル氏

前記幹部委員ノ中ロヘツツ、ヂユラン氏ハバンス、ライデン氏、ロスウエル、パーク氏ハクラウス氏、青山氏ハ佐藤氏、ゴルギー氏ハモレシー氏ナシテ代理セシメタルモ其他ハ全ク出席セリ、但シ葡萄牙、希臘ノ代表者ヲ欠ク

議事日程　會頭及ビ會頭代理三名、會計主任、理事長、專務委員陪席者三名ノ擧

醫事顧問官大學教授「ドクトル」ノホト氏(ハンアルゲ)
樞密宮中兼醫事顧問官「ドクトル」ブヴイフエル氏(ワイマル)
樞密行政顧問官ピユッテル氏(伯林)
樞密醫事顧問官大學教授「ドクトル」フヲン、レンウエルス氏(伯林)
大學教授「ドクトル」リッベルト氏(ボン)
大學教授「ドクトル」リーベル氏(ハンノーベル)
樞密行政顧問官大學教授「ドクトル」シユッツ氏(伯林)
樞密醫事顧問官大學教授「ドクトル」ゾン子ンブルゲ氏(伯林)
樞密行政顧問官「ドクトル」男爵フヲン、スタイン氏(伯林)
大學教授「ドクトル」チャデン氏(ブレーン)
樞密行政顧問官主事「ドクトル」ウーレンフート氏(伯林)
「ドクトル」ワインベルゲ氏(ストットガルト)
大學教授「ドクトル」ウインテル氏(ケエニッゲスベルゲ、イン、プロイセン)
樞密行政顧問官主事「ドクトル」ウッツドルフ氏(伯林)
次デ擁拳セラレタル會員ハ第一回總會ヲ開ク

第一回國際癌研究協會總會

座長　フヲンライデン閣下
書記　ゲヲルゲ、マイエル氏

議事日程　幹部委員ノ擁拳

左ノ諸氏ヲ幹部委員ニ擁プ但シ獨佛兩國ハ各二名ヲ幹部委員トセリ

抄錄

○ウルヘルム、シュメール、肉眼的ニ鬼胎ノ狀アル血管內轉移ヲ有セル一睾丸畸形腫ニ就テ（Wilhelm Schmeel, Uber ein Hodenteratom mit makroskopischblasenmolenähnlichen intravasculären Metastasen, Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. II. s. 232. 1908.）

本例ハ三十五歳ノ男子ニシテ、生前全身結核症ニテ睾丸結核症ノ症狀ヲ呈セルモノトノ診斷ノ下ニ左睾丸ハ剔出セラレ（此睾丸ハ組織學上ニハ畸形腫ナル事確メラル）創面治癒後退院セシニ六週日ニシテ鎖骨上窩淋巴腺腫大シ其他腋窩頸部淋巴腺モ腫大シ、肝脾附近ニ腫瘤ヲ生ジ、全身衰弱シテ鬼籍ニ入リシモノナリ。

剖檢上ニ左側再發性睾丸畸形腫。左腎、左鎖骨上窩、項部、腋窩、肺、肝ニ轉移竈。肺動脈、三尖瓣、上大靜脈等ニ假性粘液腫絨毛ノ多發移殖等ヲ見出シ。肉眼的ニ心臟等ニアルモノハ一見鬼胎狀ヲ呈スルモ鏡檢的ニハ鬼胎ニ見ル像ニアラザルヲ確メタルモノナリ。而シテ著者ハ結論シテ曰ク。

一、畸形腫ニ際シ、肉眼的ニ鬼胎狀ノ血管內轉移ヲ來ス事アルハ屢認メラル、所ナリ。

二、鏡檢上鬼胎ト一致スル像無ク、寧ロ上皮細胞腺管又囊胞ト粘液腫樣基質トヨリナルモノナリ。

三、上皮細胞ハ胎生時ノ內胚葉（エントドルム）ヨリ、基質ハ中（メゾ）

フラン、ライデン閣下ハ開會ヲ宣シ且ツ幹部委員中ヨリ會頭ヲ擁擧セン事ヲ希ハル、ホッヘンエック氏ノ動議ニヨリテ異議ナクツェルニー閣下ヲ會頭ニ推擁スツェルニー氏曰ク余ハ諸君ヨリ會頭ニ擁擧セラルヽ光榮ヲ有スルヲ感謝ス、然レドモ余ノ微力ナル善ク此大任ヲ全フシ得ルヤ甚ダ寒心ニ堪ヘズ此擁擧タル余自身ノ價値ニアラズシテ外科ガ癌腫治療上ニ從來盡シタル業績ヲ承認セラレタル者ト思考ス、余ハ外科代表者タル意味ニ於テ喜ンデ受任セント欲ス

會頭代理ニハ佛國ピエル、マリー氏、丁抹フイビーゲル氏、北米合衆國ロフウエル、パーク氏ヲ擁ビ何レモ承諾セラル

會計主任ニフラン、ハンゼマン氏、理事長ニハゲチルゲ、マイエル氏ヲ擁擧シ各々其任ヲ受ケラル、キルヒ子ル氏ノ建議ニヨリ會計主任代理、理事長代理ノ擁擧ヲ延期ス、此事務タル伯林市在住ノ諸氏ヲ適任トスルガ故ナリ

事務委員陪席者ニハホッヘンエッゲ氏(瑞國)、ゴルギー氏(伊國)、ボドウィツツキ氏(露國)ヲ代理トシテキルヒ子ル、チルトビッチエルノ三氏ヲ擁ブ

ホッヘンエッゲ氏ノ建議ニヨリテ男爵フラン、スタイン氏ハ次ノ動議ヲ提出シ可決セラル、曰ク規則ニヨレバ本日擁擧セラレタル、諸氏以外ノ名譽會員ノ擁擧ハ只次回ノ總會ヲ待タザル可カラズ、然レトモ他國ノ名譽會員モ直チニ擁擧セラルヽヲ可トスルヲ以テ他國ノ擁擧權ヲ有スル委員會ハ未ダ推薦セザリシ名譽會員ヲ通知スル可ク又本日漏メ此推擁ヲ決スル事ヲ決議シ置ク可シ會議記事ノ發行ハ可成的早クシ、其中ニ通常會員ノ外各國ノ名譽會員特別會員ノ姓名ヲ記載ス可キナリ

ツェルニー閣下ハ各國ヨリノ議案ガ可成的早ク到着スル樣盡力アラン事ヲ望マル

ホッヘンエック氏曰ク會議記事ハ可成的十月ニ發行セントスル故ニ其レ迄ニ各地方委員會ヨリ名譽會員及ビ特別會員ノ姓名ヲ國際癌研究會議所ニ通知アリタシ

四時閉會

フラン、ライデン
フラン、ツェルニー
ゲチルゲ、マイエル

於テ二例蒐集セリ。(醫學士　槇繁清抄錄)

○ザルチコウ、炎症ニ因スル輸尿道上皮ノ變化 (Epithelveränderung der ableitenden Harnwege bei Entzündung, von Privatdozent Dr. S. Saltykow Ziegler's. Beitr. XLIV Heft 3.)

著者ハ輸尿道ニ於ケル、囊胞形成ノ四十例ニ就キ、精細ナル顯微的檢査ヲ經テ、猶諸家ノ報告ニカヽル類例ニ鑑ミ、左ノ如ク論ジタリ。

(一)囊胞性膀胱炎、乃至腎盂炎、輸尿管炎等ハ高齡ノ婦人ニ著シク多キ事、ルバルシユ氏ノ說ニ一致ス。

(二)此囊胞形成ハ、上皮ノ綻斷ニ依リ、殊ニフヲン、ブルン氏上皮細胞巢ノ中心、變性頽癈シ、液體ノ滯溜ヲ來ス爲ト信ズ。

(三)囊胞ノ內容ハ、上皮ノ變性壞敗質、及ビ濾出液ナルベケレモ、時ニ膠樣質性ナルハ、蓋シ囊胞壁毛細管ノ破綻ニ因スル、血液混入ノ爲ナラン。

(四)上皮細胞綻斷ハ、慢性炎症ノ結果ナリ、即チ炎症ニ際シ、全粘膜肥厚シ且ツ粘膜下ニ向ヒ多數ノ上皮細胞索條ヲ生ジ、表面ノ上皮細胞ハ剝離シテ、死滅ニ陷レモ、深部ニ入リシ細胞群團ノミ、結締織增殖ノ爲メニ、圍繞セラル、ニ因ス。是即フヲン、ブルン氏上皮細胞巢ナリ。

(五)如斯、最初ハ受働的ニ轉位セル、上皮細胞群モ、後來自働的ニ增殖ヲ表シ、時ニ腺腫樣トナルニ至ル從テフヲン、ブルン氏上皮細胞巢ニハ核分剖像著明ナリ。

(六)上記炎症アル時ハ、分芽狀ニ肥大セル結締織片、及ビ、破裂セル囊胞隔壁ノ細片等、粘膜面ニ表ハレ、次デ上皮細胞之ヲ被覆シ、以テ固有ノ絨毛狀ヲ呈ス可シ、(絨毛性膀胱炎等)

胚葉ヨリナルモノナリ。

（京都　中村八太郎抄）

○クニーリム、胃癌ニ繼發シ黑內障及耳聾ヲ隨伴セル廣汎性腦膜癌腫症ニ就テ（Ueber diffuse Meningealkarcinose mit Amaurose und Taubheit bei Magenkrebs. von Dr. G. Knierim, Ziegler's. Beitr. XL IV Heft 3.）

著者ノ實見セル一例ハ、臨床上最初胃癌ノ症狀アリ、次デ頭痛、聽覺、視覺障碍等ヲ發シ、終ニ完全ナル黑內障及耳聾ヲ起シ、胃癌ノ診斷ヲ附シテヨリ、未ダ一年ナラザルニ、鬼籍ニ入リシ者ナリ。解屍ノ結果、潰瘍性胃癌アリ、腸間膜其他ニ轉移ヲ起シ、同時ニ腦脊髓軟膜及視神經聽神經其他ノ神經鞘ニ、癌腫細胞ノ浸潤アリ、

其蔓延經路ハ淋巴管ニシテ、腫瘍細胞ハ原發竈附近ハ勿論、各所ノ淋巴管內ニ存在シ、且ツ薦骨神經叢ノ淋巴管ニ添ヒ、脊髓神經根ニ達シ、更ニ蜘蛛膜下腔ニ侵入シ、上述ノ蔓延ヲ見タル事ヲ證明シ、以テ「血管ヲ介シテ先ヅ腦實質ニ移轉ヲ起シ次デ腦膜ヲ侵ス」テウ、ジーフエルト氏ノ說ニ反對セリ、

而シテ腦脊髓及神經ノ實質自己ガ侵サル、事ハ少ク、到所破壞的作用ヲ逞フスト云フナル、癌腫的特長ヲ認メ得ザルノミナラズ、他ノ變性的病機ヲモ見ズ、故ニ壓迫萎縮等以外、猶癌腫細胞生產物ノ化學的作用ヲ認メザルヲ得ズ、其作用ノ何タルカハ、未知ノ問題ニ屬スト雖モ、カノ黑內障、耳聾等ハ主トシテ之ニ因ルモノト信ズ。

氏ハ猶、諸家ノ報告セル如上類例ニ就キ、癌腫原發竈ヲ肺ニ於テ六例、胃ニ於テ五例、乳腺ニ

イ、圓形細胞肉腫(Rolleston, Wegener, Shaw & 2 Fälle Starcks)

ロ、原發性淋巴肉腫(Stephan)

ハ、多形細胞肉腫(Targett, Gastpar)

ニ、横紋筋纖維肉腫(Wolfenberger, Glinsky)

ホ、紡綞細胞肉腫(Ogle, v. Notthaft, v. Eicken, Chapman, Brooksband, Baur, Livingood & Innsbrucker Fall I.)

ヘ、淋巴管内被細胞肉腫(Frattin & Innsbrucker Fall II.)

ト、細胞形不明(Albrecht)

而シテ著者自身ノ實見セルハ、何レモポンメル教授指導ノ下ニ、肉眼的ニ癌腫ト診斷セラレシモノニテ、其大要次ノ如シ

(第一例)五十八歳ノ日雇人、噴門ノ上方二四「センチメーテル」ニ生ゼル、五十錢銀貨大以上ノ潰瘍性腫瘍ニテ、鏡檢ノ結果ハ、粘膜下組織ニ原發セル小紡綞細胞肉腫ニシテ、四隣其浸潤ヲ被ムリ、筋層ハ壓迫萎縮ニ陷リ、猶淋巴管及靜脈ヲ介シテハ、遠ク網膜囊及肝門淋巴腺ニ轉移ヲナセリ。

(第二例)五十二歳ノ男子、氣管分岐ノ上方二指横徑ナル食道前壁ニ生ゼル、胡桃大靭強ノ腫瘍ニテ、著者ハ精細ナル顯微鏡的檢索ノ末、其造構 Braun, Volkmann, Borst, 諸氏ノ所見ニ一致セル、胞巢狀淋巴管内被細胞肉腫ナリト斷定シ、猶靜脈ヲ以テ自家轉移ヲナシ、且ツ一小部ニ於テ、肥大性乳嘴狀ノ纖發的上皮增殖ヲ催起シ、其或者ハ深ク腫瘍組織内ニ離斷埋沒セラレ、爲メニ扁平細胞ヨリ來ル葱根狀層疊物ヲ作レルヲ附記シ、最後ニ斷案ヲ下シテ曰ク、人此腫瘍ヲ以テ肉腫ト癌腫ノ混合セルモノト疑フ事アランモ、前記上皮細胞群ニ於テハ、毫モ自働的增殖ノ像ヲ見ズ、反テ退行性變化ヲ認メラル

(七)上揭ノ細胞巢、囊胞、絨毛等ノ形成ノ外、乳嘴狀物ヲ作ル事アリ、而テ此等相互ノ間ニハ、移行的關係ヲ認ム。

(八)猶興味アルハ、カヘン氏ノ報告セル、膀胱腫瘍ノ二例ナリ、即チ一ハ多發囊腫性腺腫、他ハ絨毛樣癌ニシテ、何レモ上皮細胞巢ト見做スベキ、多クノ結節混在スルヲ見タリ、又ステルク氏モ囊胞膀胱炎ニ癌腫ノ合併セル三例ヲ報告シ、兩者間ニ發生上關係アリトセリ、

(九)於是カ吾人ハ炎性上皮細胞增殖ト癌腫發生トノ間ニハ、一ノ斷ツベカラザル連鎖アルヲ認メザルヲ得ズト。(醫學士　槇繁清抄錄)

○ドナート、クルト食道肉腫性腫瘍知見增補(Beitrag zur Kenntniss der sarcomatösen Geschwülste der Speiseröhre, von Dr. med Kurt Donath (Halle) Virchow's Archiv Band 191. Heft 3.)

氏ハ食道ノ肉腫ニ就キ、インスヴルックニ於ケル自己實見ノ二例ノ外、成書ニ表ハレシ二十二例ニツキ左ノ如ク結論セリ。

(一)殆ンド高齡者ナレモ、稀有ノ例トシテ、四歲ノ男子ニモ見ラレタリ、(Stephan)

(二)主トシテ男性ニ生ジ女性ニハ只三例ノミ、

(三)部位ハ、食道下部ニ生ズルモノ半數ヲ占メ、上部中部ハ瀕度畧等シク、合セテ他ノ半數ヲ保ツ

(四)肉眼的分類

イ、輪狀 (Shaw, Rolleston & Brooksband)

ロ、廣汎潰瘍性 (Innsbrucker Fall I. u.A.)

ハ、結節狀 (Innsbruker Fall II. u. andere 10 Faelle)

(五)顯微鏡的分類

二、（其質稍硬キ部分ヨリノ標本）此部分ニ於テハ結締織ノ增殖強クシテ第一ノ標本ニ於ケル如キ毛細管ト共ニ結締織纖維ノ網狀ニ走ルヲ見ル而ノ其細胞象ハ畧ボ前標本ニ似タリト雖モ結締織ノ增殖强クシテ其網ノ密ナル處ニ於テハ細胞濃ハ壓迫サレテ恰モ紡綞細胞肉腫象ヲ見ルガ如シ然リト雖モ其核象ハ尙ホ明ニ副腎性ナルコヲ示ス

カクノ如ク副腎性腎臟腫瘍ノ其組織ノ一部又ハ全部ニ於テ肉腫象ヲ示スコハ珍シカラザルガ如シ而ノ其肉腫象ヲ呈スル細胞ハ副腎實質細胞ノ變形セル者ナルカ（ベチッケ等數名）內被細胞腫ト見ナスベキ者カ（マナッセ）血管內被細胞ノ增殖セル者ナルカ（ブルクハルド）副腎外皮ノ結締織ヨリ發生セル者ナルカ（ブルュハノウ）又ハ原腫瘍間質ノ增殖ナルカ（ノイホイゼル）未ダ一定セル說ナシト雖モ余ハ副腎實質細胞說ニ贊シ合セテ「細胞密度ノ關係ニ多少ノ意味ナキカ」ト云フコヲ附記ス（今村明光抄）

○フォン、チーゼンハウゼン、胎生組織ノ移植ニ關スル問題

（Prosektor Dr. Baron M. v. Tiesenhausen, Zur Frage über die Implantation von Embryonalgewebe, Virchow's Archiv Bd. 195 Heft I.）

著者ハ先ツ本問題ハ腫瘍發生論ト密接ノ關係ヲ有シ其解決ハコーンハイム氏迷芽說ニ確證ヲ與フル者ナルガ故ニ已ニ多數諸家ノ實驗アリト雖モ未ダ全ク闡明ノ域ニ達セザル次第ヲ述ベ、如何ナル發育時期ニ於ケル胎兒移植ガ最モ善ク增殖スルヤ、移植セシ胎兒ノ何レノ組織ガ最モ增殖スルヤ、其增殖ノ繼續スル時日ハ如何、其終

、以上直チニ之ヲ癌腫ナリトスルヲ得ズ、ゲニクレブス氏ノ既ニ唱導セル如ク、上皮ノ違型的増殖ハ必ズシモ毎常癌腫ヲ來スニ非ザルヿ、猶再生現象ニ見ルガ如シ、故ニ上皮ガ中胚葉組織内ニ入リタレバトテ、果シテ自働的侵入ナルカ、或ハ單ニ機械的轉位ニ過ギザルカハ、大ニ研究スベキ問題ナリト、（醫學士　槇繁清抄錄）

○ロエニング、腎臟ニ於ケル副腎性腫瘍ノ肉腫樣變形ノ一例ニ就テ(Loening, Dr. F., Über sarkomähnliche Umwandlung in einem suprarenalen Nierentumor. Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur Allgemeinum Pathologie. XLIV. Bd. Heft.1.)

腫瘍ハ四十七歳ノ女ノ左腎ヨリ發生シ全體卵圓形ニシテ結締織ノ外皮ヲ被ムリ大サ人頭大ニ達ス

一、（可ナリ其質軟カキ處ヨリノ顯微鏡標本ノ所見）一面平等ニ不規則多形ナル細胞相群集シ其間ニ毛細血管ノ網狀ニ走ルヲ見ル結締織纖維ノ如キハ殆ト認ムル能ハズ細胞體ハ大ニシテ脂肪小球ヲ含有シ界明了ナリ細胞核ハ水泡狀球形ニシテ小核判然タリ新鮮ナル標本ニアリテハ「グリコーゲン」ヲ證明シタリ其毛細管網ノ密ナル處又ハ平行セル處ニ於テハ副腎組織ノ絲毬層及束狀層ニ相類シ副腎皮質組織ノ單純性增生ト異ナラズ其他細胞小ニシテ其原形質ハ稍濃厚ニ染色シ一部微細ナル顆粒ヲ含有シ一部纖維狀物質ヲ含有スル處アリテ恰モ肉腫ノ如キ象ヲ呈ス然レドモ此細胞ハ核ノ尙ホ水泡狀球形ニシテ小核ノ判然セルコトニ於テ且ツ毛細管トノ關係ニ於テ副腎性ノ者ナルヿ明カナリ。

多少浸潤性發育ヲ示セリ、轉移腫瘍ハ認メザリキ、

胎生組織ハ移植後發育分化シテ種々ノ組織ヲ形成ス其際官能ノ簡單ナル組織程其分化善ク且ツ長ク增植力ヲ保テリ、單簡ナル中胚葉組織(骨、軟骨、其他諸種ノ結締織)及ビ表皮組織ノ如キ之レナリ平滑筋、橫紋筋、腺組織、纖毛表皮細胞ノ如ク分化ノ進ミタル者ハ之レニ反ス、「レンズ」、網膜色素細胞、中樞神經系統組織(「ノイログリヤ」、金字塔形多角性單角性神經細胞)ハ只少數例ニ於テ認メタルノミ此等組織ハ他ノ者ヨリ發育惡シク且ツ速ニ消滅スルナリ斯カル組織ノ他ニ一大胞狀核ヲ有シ原形質ニ貧シキ細胞ヨリ成ル肉腫樣組織アリ此組織ハ周圍ニ對シ浸潤性發育ヲ呈シ恰モ肉腫ノ如シ、眼球脈絡膜トナル可キ胎生基礎ヨリ生ゼシ者ナル可シ

一度移植シ得タル者ヲ再ビ他ニ移植セント試ミタルモ何レモ不結果ナリキ

(醫學士　緒方知三郎抄)

○ショエネ、犬ノ甲狀腺ニ肉腫、癌腫ノ併發セル一例(Dr. George Schöne. Sarcm u. Karcinom in einer Schilddrüse beim Hunde, Virchow's Archiv Bd. 195 Heft. I.)

犬ノ甲狀腺左葉ヨリ發生セシ一手拳大ノ腫瘍ニシテ、其上三分ノ二ハ正型的紡綞狀細胞肉腫、下三分ノ一ハ腺腫性癌腫ヨリ成ル、此兩腫瘍ハ互ニ錯雜スル事ナク明瞭ニ區分セラレ數密米ノ纖維性隔壁ヲ有スル部分アリ、又肉腫中央部ニ當リテ小骨組織島ヲ見ル、其大部分ハ壞死ニ陷レリ、肺ニ二十六個ノ轉移竈ヲ認メタルガ何レモ癌腫組織ノミニシテ肉腫組織ヲ見ズ、其他ニ

局ノ運命ハ如何等ノ問題ヲ掲ゲ氏ハ其實驗ニ依リテ此レガ解釋ヲ求メントセリ

約百五十羽ノ家雞ニ就テ研究セリ最モ少數ノ哺乳動物ニ就テモ實驗セルモ家鷄ハ其卵ヨリ胎兒ヲ得ル事易ク且ツ其際人工的孵卵法ニヨリテ任意ノ發育時期ノ者ヲ得ラル、故ニ主トシテ家鷄ニ就テ實驗セルナリ

移植ノ部位トシテハ前眼房、後眼房、腦、胸筋、前腹壁、大網、腹腔、鷄冠ヲ選ベリ其中前眼房ハ最モ結果ヨク（孵化セザル卵及ビ一日、二日間孵化セシ卵ヲ除キテ）半數ハ陽性成績ヲ得タリ、胸筋、大網、腹腔內移植モ結果ヨシ、腦ニ行ヒタル者ハ全ク成就セザリキ、

一胎兒ヨリ得タル材料ヲ移植スルヨリモ多數ノ胎兒ヨリ得タル者ヲ移植スル方增殖ノ著ルシキハ移植サレタル組織ノ分量ノ多キ爲メナル可シ

移植セラル、家鷄自身ノ產ミタル卵ノ胎兒ヲ以テスルモ他ノ家鷄ヨリ得タル者ヲ以テスルモ其結果ニ大差ナシ

全ク孵化セザル卵及ビ一日間孵化セシ卵ヨリ得タル胎兒ノ移植ハ其成績何レモ陰性ナリ、二日孵化卵ヨリ得タル者ハ多數ノ內腹腔ニ移植セシ二例ノミ成効シ、三、四日ノ胎兒ノ移植ハ半數以上陽性ニシテ、五日ノ者ハ殆ンド全數（十六例ノ內十四例ハ多少ニ關セズ增殖ヲ示セリ）陽性ナリ、

移植シ得タル胎兒組織ハ初メノ三乃至五日ハ少シク容積ヲ減ズレドモ五六日目ヨリ迅速ナル增殖ヲ現ハシ二三週ノ後ニハ初メノ十倍以上ノ大サニ達シ二ケ月ヲ經ルモ尙ホ增殖ノ徵候ヲ示セリ、五六ケ月ニシテ腫瘍ノ發育全ク停止ス

移殖セシ組織ハ多クハ擴張性發育ヲ呈シ、周圍組織ヲ壓迫スルノミナレ𪜈又或ル部分ニ於テハ

ガ癌腫ノ發生ヲ促セシ者ト認ムベク、且女姓ハ男姓ニ比シ膽石病ニ罹ルコト多キヲ以テ從ツテ膽管癌ニ犯サルルノ危險多シトス、尤モ何故ニ女姓ノ膽石病ヲ病ム者男姓ニ比シ多キカハ爭論ノ分ル、點ナリ。尙原發性肺癌六八中四四ハ右、二四ハ左肺ニ發生セル者ニシテ斯ク右肺ニ癌腫ノ多ク來ルハ既ニ公認セラレシ事實ナルガ主氣管枝ハ外界ヨリ吸入セラレシ有害物質ノ最初ニ附着スル局部ナルヲ以テ、コノ微細固形體ノ慢性刺戟ガ肺癌ノ發生ニ向テ大ナル意味ヲ有スルモノナルコヲ知ルヲ得ベク、男姓ハ女姓ニ比シ勞働ニ從事スルコト多キ爲ニ肺癌ニ罹ル事モ亦多シトス。

以上ハ唯外傷性刺戟ガ癌ノ一因ナルコヲ統計上ヨリ推論セルニ止マリ外傷性刺戟ガ癌ノ唯一ノ原因ナリト主張スルニ非ズト、（松島正則抄）

○エル、ゴルドシュミツト、原發性表皮癌ノ皮膚ニ於ケル水泡形成連續性轉移ノ一例ニ就キテ(Dr. R. Goldschmidt, Über einen Fall von blasenbildenden Kontiuitätsmetastasen der Haut eines primären Hautkarzinoms, Zeitschrift für Krebsforschung Bd VII. H 1.)

著者ハ一老婦人ノ下腿ニ於テ黴毒性潰瘍ノ上ニ發生シ上腿ニ部位性淋巴管轉移ヲ起シテ其轉移性發疹ハ最初ハ青紅色ノ邊緣ヲ有スル白斑ナルモ次デ水泡ヲ形成シ暫時ノ後ニ乾燥シ肥厚セル結痂ヲ以テ被ハレ終ニハ牽縮ヲ起セル表皮癌ヨリ數種ノ標本ヲ製作セルガ其組織的所見ハ皮膚ハ水腫ノ狀態ヲ呈シ皮下結締織中ノ淋巴管ハ著ク擴張シ所々ニ彈力纖維ノ變性若クハ崩壞ヲ見

轉移ナシ、此レ著者ノ報告セル腫瘍所見ノ大畧ナリ

次ニ著者ハ已ニ報告セラレタル犬、家鼠、及ビ人ニ於ケル甲狀腺ヨリ生ゼシ肉腫、癌腫ノ合併或ハ混合腫瘍ノ八例ヲ揭ゲタリ

其結論ニ曰ク本例ニ在リテハ兩腫瘍發生ハ同時ナリシヤ、將タ又其ノ一ツガ他ノ原因的關係ニ位スル者ナルヤ、ハ決定スルニ難シ、且ツ又肉腫內骨新生モ胎生期發育障害ニ歸ス可キヤ否ヤハ疑問ニ屬スト

抄錄者曰ク本例ハ確カニ癌腫肉腫ノ合併腫瘍ニシテ其互ニ銳利ニ區分セラル、點ヨリスルモ原因的關係ハ其間ニ存在セザル者ナランカ

（醫學士　緒方知三郎抄）

○ウェー、ハーベルフェルド、胃癌膽管癌及ビ氣管枝癌ノ統計ト原因、(Walther Haberfeld, Zur Statistik und Aetiologie der Karzinoms des Magens, der Gallenwege und Bronchien Zeitschrift für Krebsforschung Bd. VII H. 1.)

著者ハ凡ソ十年ニ亘レル二萬ノ剖檢日誌ヨリ。胃圓形潰瘍ト胃癌。膽石症ト膽管癌トノ發生的關係並ニ原發性氣管枝癌ノ發生ニ關シテ調査セル詳細ナル統計表ヲ揭ゲ次デ左ノ如キ結論ニ及ベリ。

胃癌六六二中胃潰瘍又ハ其瘢痕ヨリ發生セシモノ一〇六即チ一六%ニシテ。表皮細胞ガ縱斷スルコトニヨリ又ハ再生表皮細胞ノ過度ニ增殖シテ癌トナリシヤハ未ダ明ナラザルモ慢性炎症ガ癌發生ノ一要素タルハ明了ナルベシ。又膽管癌一六四中一一九即チ七三%ハ既往症ニ膽石病ヲ證明セラル、コレ膽石ノ膽管ニ作用スル慢性刺戟

○ヘルクスハイメル、肉腫樣癌腫—食道ニ來リシ腫瘍ノ一例

(Herxheimer, Prof. Dr. Gotthord, Das Carcinoma sarcomatodes nebst Beschreibung eines einschlägigen Tumors des Oesophagus. Beiträge zur pathol. Anatom. u. zur allg. pathologie XLIV Bd. Heft. I.)

患者ハ六十七歳(男)ニシテ主訴ハ殊ニ食事ノ際ニ增加スルトコロノ右側胸部ノ疼痛及羸痩ナリキ食道消息子檢査ニヨリテ上齒列ヨリ三十一仙迷ノ處ニ狹窄アルヲ證シ得タリキ其時消息子ノ先端ニ物質ノ小片附着シ來リシヲトリテ鏡檢セシニ不規則多形ナル細胞群ヨリナリタル組織ニシテ分核像甚ダ多ク扁平表皮細胞癌ニ特有ナル癌珠ノ如キ者ハナク一見直ニ「癌組織ナリ」ト診斷シ得ルガ如キ像ニハアラザリシモ先ツ「癌ナラン?」トノ疑ヲ以テ胃瘻管造設術ヲ施シタルニ其効ナク二ケ月ヲ經テ死亡シタレバ屍體ヲ解剖ニ附シタリ其診斷ハ「食道癌ナリ」トイフコトナリシモ其顯微鏡標本ハ大部分肉腫組織ヨリナル處ノ一種ノ肉腫樣癌腫ニシテ癌組織ノ部ニ於テハ已ニ表皮細胞ノ角化シテ癌珠ヲ形成セル處アルモ肉腫組織ノ部ニ於テハ分核像甚タ多ク前キニ「癌ナラン?」トセシ消息子ニ附着シ來リシ小片ト同一像ヲ呈スルヲ見ル

肉腫樣癌腫ノ發生ノ模樣ニ付テハ大體次ノ三種ヲ考ヘ得

第一、癌腫及肉腫同時ニ同原因ニヨリテ發生スル事

第二、已ニ肉腫ノ在リシ處ニ表皮細胞ノ違型的增生アリテ癌腫ノ發生スル事

第三、癌腫ノ間質ヨリ肉腫ノ發生スルコト

コノ彈力纖維ハ單ニ癌組織ノ周圍ノミナラズ癌珠中ニ於テモ或ハ崩壞セル所アリ又然ラザル所アリ尙一部分周圍ノ結締織ヨリ癌珠中ニ彈力纖維ノ移行セル所アリ。皮膚ノ水泡ヲ檢スルニ新キモノニアリテハ其周圍ニ癌細胞ノ痕跡ヲモ見出スヲ得ズタゞ白血球ヲ以テ充滿セラレシ擴張セル淋巴管アルノミナルニ反シ古キ水泡ニアリテハ淋巴管ハ旣ニ癌細胞ヲ以テ充滿セラル、ガ乳頭體ニアリテモ古キ水泡ノモノヲ除クノ外ハ癌細胞ヲ發見セザリキ、

腫瘍殊ニ癌腫ノ間質ノ彈力纖維ニ就キテハチーグレルノ唱ヘシ癌ノ周圍ニ於ケル炎性作用ハ彈力纖維ヲ崩壞スルノ力アルモ癌間質ヲ形成セル新生結締織及ビ表皮細胞並ニ其崩壞物質ハ此崩壞作用ヲ有スルヿ少ナシトノ說ニ著者ノ所見モ一致シ、皮膚ニ水泡ヲ形成セルハ淋巴管ハ多クノ側枝ニヨリ互ニ交通スルヲ以テ深部ニ在ル大淋巴管ノ癌細胞ニヨリ栓塞セラレ淋巴ノ鬱積ヲ起セル爲ニシテ之ヲ以テモ癌ノ蔓延ニ關シテハ著者ハウンナノ所謂癌ノ淋巴栓塞說ニ贊成スルト云ヒ、尙本例ニ於ケル癌ノ轉移ニ就キテハ病腿ガ高度ノ鬱血狀態ヲ呈セシヨリ見レバ癌細胞ガ淋巴ト共ニ求心性ニ間斷性轉移ヲ爲セシニハ非ズシテボルスト、バウル、エルンスト等ノ報告セル如クニ臨床上ニ其症候ヲ缺キテ尙連續性轉移ヲ爲セシナル可シト、

最後ニ著者ハ癌ノ水泡形成轉移ニ就キテチーグレル、シュミット、マリノースキー、リールノ報告セルモノニ就キ論ジ之等ハ多ク眞ノ水泡ニ非ズシテ囊腫ナリト云ヒ、癌ノ轉移ニ於テ眞正ノ水泡ヲ作レルハ著者ノ例ヲ以テ最初ノ報告ナラント結論セリ、（松島正則抄）

少違型ヲ呈スルヲ見タリ即チ臨床的ニハ一部皮膚ヲ被ムリ比較的良性ナル腫瘍ニシテ組織學的ニハ（甲）其間質ハ甚シキ粘液樣又ハ硝子樣變性ニ陷リシ處アリテ其部分ニ於テハ（乙）其癌束トノ分界銳利ナラズ癌細胞ノ間質ニ變形スル如キ像ヲ示シ（丙）其癌束ハ未ダ角化セズ又ハ已ニ角化セル他或ハ圓柱細胞ニテ蔽ハレタル細管アリ或ハ實質細胞ノ變性又ハ壞死ニ陷リテ囊胞ヲ形成セルアリ其像恰モ表皮細胞及粘液腺細胞ノ混合腫瘍ト見做スベキ者ノ如ク又ハ表皮細胞癌ト腺細胞癌トノ中間癌ノ如ク又ハ從來內被細胞腫或ハ叢狀肉腫或ハ「チリンドローム」ト稱ヘラレシ處ノ唾腺殊ニ耳下腺ニ於ケル硝子樣又ハ粘液樣混合腫瘍ニ似タリ而シテ此五例ノ腫瘍ハ其癌束ノ上皮細胞ト連絡セル處アルコト及其他ノ構造ニ於テ基底細胞癌トシテ疑ナキ者ナリ

カクノ如ク唾腺及粘液腺ノ硝子樣及粘液樣混合腫瘍ハ比較形態學上ヨリ考フル時ハ基底細胞癌腫性ノ者ニシテ腫瘍學上ヨリ考フル時ハ表皮細胞癌ト腺細胞癌トノ中間ニ位スル者ナリ

（今村明光抄）

○クロムペッヘル、皮膚及唾腺混合腫瘍ニ於ケル表皮ト結締織トノ關係並ニ肉腫樣癌腫ノ發生（Krompecher, Ueber die Beziehungen zw. Epithel u. Bindegewebe bei den Mischgeschwülsten der Haut u. der Speicheldrüsen und über das Entstehen der Karcinosarkome. Beträge zur pathol. Anatom. u. zur allg. Pathol. XLIV. Bd. H. 1.）

著者ハ平生棘狀表皮細胞ノ棘間空隙增加セバ

動物試驗ニヨレバ肉腫樣癌腫ニ於テ肉腫ハ多クハ續發生ノ者ニシテ甚ダ稀レニ第一種ノ場合即チ癌腫及肉腫同時ニ發生スルコトアリ何レニシテモ癌腫組織ニ比シ肉腫組織ハ增生カ遙ニ强大ニシテ遂ニ癌組織ハ絕滅シテ純然タル肉腫ニ變化スルニ至ル然ルニ第二種ノ場合ヲ信スル者多キハ肉腫樣癌腫ノ大多數ニ於テ癌組織ノ部分僅少ナルニ反シ肉腫組織其大部ヲ占ムルコト一般ナルガ故ニシテ何等ノ理由アルニ非ズタマタマ肉腫組織增生力ノ强大ナルヲ示スニ過ギズ上述ノ如キ食道腫瘍ハ第三種ノ適例ニシテ癌腫組織ノ小部落的ニ分核像甚多キ肉腫組織ヨリ圍マレタルノ有樣ハ後者ノ增生力盛ナルガ如キニ反シ前者ハ孤城落日ノ觀アリ之レニ依リテ見レバ肉腫樣癌腫ハ癌腫又ハ肉腫ノ一定ノ發育時期ニ於テノミ見得ル者ニシテ吾人ノ實驗スルコト稀ナル所以ナリ然ラバ其發生ノ原因ハ如何トイフニ

エールリッヒ及アポラントガ其動物試驗ニ於テ「若シ其動物ガ素因ヲ有スルナラバ癌細胞ニ刺戟サレテ肉腫ヲ生ズ」トイヒシ如ク結締織細胞及恐ラク表皮細胞ハ先天的素因アリテ其刺戟ノ如何ニヨリテ癌腫及肉腫同時ニ又ハ肉腫ノ續發的ニ發生スルナラン（今村明光抄）

○クロムペッヘル皮膚唾腺及粘液腺混合腫瘍ノ發生及形態（Krompecher, Dr. E., Zur Histogenese u. Morphologie der Mischgeschwülste der Haut sowie Speichel-u. Schleimdrüsen. Beiträge zur pathol. Anatom. und zur allg. Pathol. XIIV. Bd. Heft. 1.）

著者ハ皮膚ノ基底細胞癌百例ノ內其五例ハ多

リ。

(一)哺乳動物(Mammals)、豺ノ甲狀腺肉腫及ビ耳下腺癌腫、羚羊ノ子宮頸部ノ表皮癌腫、熊ノ腹部ノ小圓形細胞肉腫、袋鼠ノ甲狀腺癌腫、老雌狼ノ乳腺癌、家兎ノ移植的腎臟癌腫、牝牛ノ肝臟ノ惡性腺腫及子宮癌腫、雌狼雌虎及有袋類ノ惡性腫瘍、牝牛ノ乳腺癌腫、其他家畜類ノ癌腫等ハ既ニ從來報告セラレタルモノナリ。著者ハ自家ノ實驗セル家畜動物犬、猫、馬、牛ノ凡テノ腫瘍ヲ表ニシテ揭ゲ、凡テ此等有脊椎動物ノ癌腫ハ人類癌腫ニ略ボ同一ナレバトテ詳記セズ。

(二)鳥類(Birds)、ニハ惡性腫瘍甚ダ少ク、鸚鵡ノ甲狀腺癌腫、鷄ノ口腔底ノ表皮癌腫、其他鳥類ノ小腸ノ腺腫及圓形細胞肉腫等ハ既ニ報告セラレタリ。

著者ノ實見セル鳥類新生物ノ大多數ハ結核性ノモノナリシ。白鶫鳥(ヒヨドリ)(Wild blackbird)ノ肝臟ニ肉腫(?)ヲ見タレモ鳥類ノ結締織性新生物ノ實驗未ダ不十分ニシテ明ニ斷言スル能ハズ。

(イ松鷄(ニワライテウ)(Grouse)ノ小腸ノ腺腫性癌腫、表面潰瘍ヲ呈シ腸ノ全壁ニ浸潤セリ、腹膜面ニ多數ノ大ナル結節アリ。腫瘍實質ハ腺腔ヲ有スル低キ骰子形上皮細胞ノ小葉ニシテ、間質ニ富ミ彈力織維間ニ紡綞細胞ヲ見ル。

(ロ金糸雀(カナリヤ)(Canary)ノ卵巢ニ生ゼル圓柱細胞癌大ニシテ腹腔ヲ充滿シ腹膜ニ多數ノ撒種アリ。組織内壞死竈アリ、小葉ノ大サ不同、幅廣キ間質ハ同ク紡綞細胞ヨリ成リ彈力織維ニ富ム。

(三)爬蟲類:(Reptiles)、ノ惡性腫瘍ハ一モ報告ナシ、バイソン(Python)ノ胃内ノ織維腫、蜥蜴ノ後頭部ノ乳嘴腫ハ既知ノコトタリ。

(四)兩棲類(Amphibians)、蛙ノ表皮ノ多發性腺腫、Cryptobranchus Japonicus ノ手ノ織維腫性乳嘴腫及ビ睾丸ノ囊腫性癌腫、蛙ノ副腎癌腫等

恰モ星狀結締織細胞ノ如キ形態ヲ呈シ且又下等有脊動物ニハ原形質突起ニヨリテ表皮細胞ト連絡スル處ノ結締織細胞狀紡錘細胞ノ皮膚下ニアル者アルヲ見テ結締織ト表皮トノ關係ヲ考ヘツヽアリシガ偶々基底細胞癌研究中其間質ノ粘液樣或ハ硝子樣變性ヲナセル處ニ於テハ癌束トノ分界鋭利ナラズ且ツ肉腫樣癌腫ニテ其癌細胞ノ間質內ニ迷入セシ者ト間質タル肉腫細胞ト一致スルガ如キノ像ヲ見ルニ及ビ益深ク研究シタルニ下等有脊動物及病的ニ人間ニ於テ一方ニ表皮細胞ノ增生力强クナリ他方ニハ間質ノ成形機能アリテ以テ表皮細胞ハ纖維性ニ化スルコトアルベク而シテ其部ニ於テハ表皮細胞及癌細胞ハ夫々形態學上結締織細胞及肉腫細胞ト原形質及核構造同一ナル事ヲ認メ遂ニ次ノ如キ結論ニ到達セリ

下等有脊動物ニ於テ及皮膚唾腺頭部ノ粘液樣又ハ硝子樣基底癌ニ於テ並ニ肉腫樣癌ニ於テ表皮細胞及癌細胞ガ夫々結締織細胞及肉腫細胞ニ變性シ得ベシカヽル變化ハ胎兒ニ於テ並ニ漿膜上皮細胞ニモ起リ得ル者ナリ（今村明光抄）

○ロンドン英帝國癌研究基金ニヨル研究ノ第三回學術報告

Third scientific report on the investigations of The Imperial Cancer Research Fund.)

○マレー、癌腫ノ動物學上ノ分布（J. A. Murray, Zoological distribution of cancer.）

著者ハ曾テバッシフォードト共ニ有脊椎動物ノ惡性新生物ニ就テ報告セシ以來、諸方ヨリ寄附セラレシ多數ノ下等動物ノ腫瘍ニツキ研究セ

ル彈力纖維ヨリ分タルヲ以テ、此腫瘍ハ此ヲ被フ表皮細胞ヨリ發生セルモノナリト考ヘラル。結締織ハ長キ紡綞細胞ヲ其間ニ有スル纖維束ヨリ成リ、胞巢周圍ニ求心性ニ並列シ、皮下ノ平行纖維層ノ造構ニ髣髴タル事實アリ。此間質ハ皮膚纖維層ヨリ發生セルモノナルカ、又ハ筋間結締織ヨリ反應的ニ增殖セルモノカ不明ナリト云フ。

（結論）、有脊椎動物ニ惡性腫瘍ノ遍ク存在セルハ已ニ本報告第二卷ニ述ベタル處ナリ。動物ノ惡性腫瘍ヲ見ントセバ、其老齡ノ者ニ就テ檢索ス。爬蟲類ニ一ノ惡性腫瘍ヲ見ザルハ其永ク生存セザルニ由ルナランカ。

動物ノ惡性腫瘍ノ原因ニ就テハ、勿論外界ノ刺戟モ關與スルナランモ、又生活細胞ガ惡性ヲ表ハスベキ特異性質ヲ要ス。其他人類ニ於ケル癌腫ノ原因ニ數フル以下ノ原因ヲ求メ得ズ。尙著者ハ此實驗ニ於テ嘗テフアーマー等ガ本報告第一卷ニ記載セル、癌細胞ノ特異分裂像ヲ實見セザリシト云フ。

○ギアーキー、甘口鼠ノ出血性乳腺腫瘍及ビ移植ニ對スル感受性並ニ抵抗性研究ノ結果（Dr. Edgar, Gierke, The haemorrhagic mammary tumours of mice, with results of research into susceptibility and resistance to inoculation）

甘口鼠ノ癌腫中獨リ出血性癌腫ノミハ從來殆ド移植不可能トセラレタリ。エーリツヒハ僅ニ〇・五%ノ移植成蹟ヲ得タルノミ、著者ハ三十五ノ出血性腫瘍中廿九例ヲ四千鼠以上ニ移植シタル

ハ既知ニ屬ス。著者ハ蛙ノ癌腫數例ヲ實見セリ。

蛙ノ癌腫、（其一）、副腎ヨリ發生シ、組織的造構ハ圓柱細胞癌腫ニシテ、腎臟細尿管ハ壓迫セラレ其上皮細胞ハ顆粒狀及ビ脂肪變性ニ陷レリ。

（其二）、表皮癌腫ニシテ成熟セル雄蛙ノ內股ニ生ジ、組織ハ胞巢ノ管腔內分泌液又ハ壞敗物ヲ容レ細胞數層ニ並ビ、胞巢ハ孤立的ニ下方筋肉織維間ニ侵入シ、間質嫩弱トナリテ毛細管擴張ヲ示セリ。

此他蛙ノ脚腫瘍、トシテ記サレシハ軟骨及骨組織ヨリ成リ中央部ニ大腿骨アリ。眞ノ腫瘍カ「カルルス」（Callus）カ不明ナリ。

ゐもりノ一種（Triton cristatus）ノ表皮癌腫、下顎角及ビ尾ノ上部ニアリ、孤立セル小結節ハ皮膚ノ色澤ニ對シ殊ニ認メラル。組織ハ胞巢內細胞不整ニ並列シ、化角ハ少シ

（五）魚類（Fishes）、鱒ノ甲狀腺癌腫發見以來各地養魚場ニ於テ多數ノ腫瘍發見サレタリ。筋腫織維腫、肉腫性織維腫、骨腫、骨腫性肉腫ハ已ニ報告セラレタルモノナリ。

著者ハ大口魚（タラ）（Cod）ノ鰓蓋ノ骨腫性肉腫及ビ胸帶（Pectoral girdle）ノ血管腫ヲ見タリ。

著者ハ又 Gastrosteus spinachia ノ表皮癌ヲ詳說セリ。該腫瘍ハ魚ノ肛門後側部ヨリ發生シ、體ノ背部半バヲ占メ上方ニ膨隆シ、腫瘍ノ中央ハ壞死ヲ示シ、其中央破壞セリ。腫瘍實質ハ孤立胞巢狀ニシテ、胞巢ノ邊緣ニアル細胞ハ骰子形又ハ低圓柱形ニ、原形質ハ乏ク、核ハ良染ス。胞巢ノ中心ニ近キ細胞ハ體內ニ空胞ヲ生ジ核ハ弱汚染ス。胞巢ノ中心ノ細胞ハ變性シテ原形質顆粒狀ヲ呈ス。

胞巢周緣部ニアル比較的健態ナル細胞ハ織弱ナ

腺腫性腫瘍內出血ノ結果、上皮細胞ハ違型的ニ發育スルモノナレバ腺腫ト癌腫間ニハ絕對的區別ナシト云ヘルニ對シ、著者ハ癌細胞群ハ或時期ニハ實性トナリ或時期ニハ腺腫性ヲナスモノト理解セリ。實ニ此變化ハ肺轉移ニモ見ラル。移植ニヨリ生ゼル腫瘍ハ著ク原發性腫瘍ノ特性ヲ頑守シ、若其性失ハルレバ數世代後又表ハル。一般ニ低圓形上皮細胞ノ囊腫形成ヲ有スル腺腫性癌腫ノ造構ヲ示ス。間質ハ移植ニヨリ增生セズ、纖維成形反應ト云フヨリハ血管成形反應（Angioplastic reaction）ニシテ間質ハ僅ニ血管ヲ支フルニ過ギズ、血管ハ血液ニ富ミ、屢鬱血シ周圍ニ水腫ヲ來シ出血ス、主トシテ腺腫性ヲアラワスモノト雖モ惡性ニシテ手術後再發シ、破壞浸潤ハ餘リ甚シカラザルモ邊緣尙浸潤索條ヲ見ル。

生物學上ノ關係、原發性腫瘍ハ常ニ老牝鼠—乳腺腫瘍トシテ表ハル。牡鼠ニハ移植シ得ルノミ。老齡ハ移植ニ適セズ、生後八乃至十週ノ春機發動期前ノモノニ於テ好成績ヲ得ベキモ傷害傳染病腺加答兒アルモノハ斃死シ、惡液質ノモノニハ移植ハ陰性ナリ。英國產及獨國產ノ鼠ノ間ニ大差ナシ。移植量ノ關係ハ著者ガナセル實驗丈ニテハ〇・二—〇・一五—〇・一及〇・〇五—〇・〇一瓦ヲ用ヒシ結果ニ大差ヲ見ルヲ得ズ。

腫瘍移植ニ對スル抵抗、パッシフオード等ノ唱フル尋常鼠ノ血液中ニテ豫メ移植腫瘍ヲ處理スレバ移植ニ對スル抵抗ヲ增加スルコトニ關シテ、著者ハ血液ヲ除キタル部ト出血竈ヲ移植比較セル結果、血液ノ存在ハ以テ直接腫瘍發育ニ妨ナキモ、局所ニ於ケル續發性反應ニヨリ間接的ニ多少妨ゲラルト。

左右兩側ニ同時ニ移植スル場合ニハ、兩者相影響スルコトナシ。若シ同種ノ腫瘍ナレバ大量ノ方

ニ就中生存セル二千八百五十一頭中百八十九頭ニ移植成効シ六・五%ノ好成蹟ヲ得タリ。近者ヘルトウイツヒ及ボールノ成蹟ハ四〇%ヲ算スレドモ僅ニ五鼠ノ實驗ニ過ギズ。著者ハ又腫瘍全剔出後十頭ニ再發ヲ見、再發ト認ム可ラザル同樣ノ新腫瘍ヲ發生セルモノ二例ヲ見タリ。淋巴腺轉移一例、肺轉移ノ八例ヲ實驗シ、肺轉移ノ一例ハ此ヨリ移植スルヿヲ得タリ。

エーリツヒト著者ノ移植成蹟ニ雲泥ノ差アルハ、材料豐富ノ爲ニアラズメ移植方法ヲ異ニセルニ在リ。エーリツヒハ「モルター」(Mortar)ヲ以テ腫瘍ヲ細カク破碎シバスチユアーノ「ピペツト」ニテ注射シ、其接種量ハ多量ナリ。著者ハ「ミル」(Mill)ヲ用ヒテ磨碎シ、特ニ目盛セル注射器ヲ以テ注入ス即チ多數ノ鼠ニ一定量ヲ接種シ得、腫瘍小片ハ有孔針ヲ用ヒテ移植シ其毀損少シ、移植量ハ〇・〇一—〇・二五瓦ニシテ〇・一ヲ超ユルヿ稀ナリ。ヘルトウイツヒ及ボールルハ外科的ニ移植セルガ胡椒種大ノ腫瘍小片ヲ以テヨク成効セリ。蓋エーリツヒガ多量ノ接種量ヲ用フルハ失敗ノ原因ナリ。シエーネハ〇・三瓦ハ後來同腫瘍及他腫瘍移植ニ對シ免疫性ヲ有スルニ至ルト云ヘルモ、是ヨリ少量ノ實驗ニテハ免疫性ヲ起サズト著者ハ論ゼリ。次ニ原發性出血性腫瘍ハ肉眼的ニ腹腎部側壁ニ好發シ稀ニ背部ニ生ズ、多少周圍トノ關係疎ニシテ動性ナリ、皮膚トハ癒着シ、帶青暗赤色ヲ呈シ、囊腫狀トナリ間々破綻シテ潰瘍ヲ殘ス。帽針頭大乃至櫻實大ニシテ、轉移ハ肺ニ生ジ同ク出血性ナリ。顯微鏡的所見ハアポラント氏ノ所謂出血性囊腫性腺腫、出血性囊腫性癌腫ノ何レニ屬スベキカハ疑問ナリ。腫瘍一部腺腫樣ナレドモ多クハ大ナル實性胞巢ヨリ成リ其内ニ分泌物ヲ有ス。アポラント氏ニヨレバ出血性囊腫性癌腫ハ初メ

原發性腫瘍ノ顯微鏡的所見、腫瘍ハ著明ナル化角ヲ示セル表皮癌腫及ビ腺腫樣腫瘍ノ二部ヨリ成ル。此兩腫瘍ハ一部ニ於テ明カニ密接ノ關係アルヲ示シ、同一胞巢內骰子形細胞ト表皮細胞相接セルヲ見ル。以上ノ像ハヘルクスハイメルガ腺腫性表皮癌(Adeno- cancroid)トシテ人類ノ腫瘍數例ヲ記セルニ似タリ。同氏ハカヽル實質ハ分化セザル胎兒基礎(embryonic foundation)ヨリ二ノ異レル方向ニ發育セリト云フ。

移植ニヨリ得タル腫瘍ハ其組織原發性腫瘍ニ同ジ。接種後局部ノ變化ハ第五日目ニハ間質盡ク變性シ新宿主ノ反應組織此ニ代リ、實質ハ邊緣ニ於テ間接的核分剖像ヲ示ス、血管新生ハ第四日目ニ見ラル。

注意スベキハ移植ヲ續ケル間ニ起ル腫瘍組織ノ變化ナリ。初メ數世代ハ化角少ク實性胞巢ヲ示スモ、漸次化角ノ度ヲ增シテ第七、第八世代ニ尤モ甚シク表皮細胞ニ圍マレタル囊腫性造構ヲ示ス。然ルニ此ヨリ以後ノ世代ニハ化角更ニ少クナリ實性胞巢ヲ示シ、或腫瘍ニテハ實質性胞巢ハ多數ニ分レ其內ニ腺腔ヲ有シ骰子形細胞其壁ニ並列スル腺腫性造構ヲ現ハスニ至ル。カク移植中時ヲ隔テヽ化角ヲ現ハシ又腺腫樣型ヲトルハ、二者同一種類ノ細胞ヨリ起レルモノナルコヲ證スト著者ハ云ヘリ。レーウイン氏ハ家鼠ノ腺腫性癌腫ヲ移植セル間ニ表皮癌ヲ生ジ、此變化ヲ化生ニ歸セリ。今著者ノ實例ハ恰モ氏ノ實驗ト正反對ノ化生ヲ示ス。著者ハ尙ホハンゼマン氏ガ表皮癌轉移ハ化角少ク且胞巢狀癌腫狀態ニ變リ得ルト云ヒシ實驗ヲモ引例セリ。

○ハーランド、試驗的要約ノ許ニ於ケル肉腫發生研究ノ增補 (M. Haaland, Contribution to the

先ッ腫瘍ヲ形成シ小量ノ方此ニ遲ルヽモ割合ニ早ク增大ス。

甞テ陰性ナリシ鼠ニ同種腫瘍ヲ再移植スル時ハ、稀ニ陽性ノ結果ヲ得、異種ノ腫瘍ヲ用ヒバ陽性ノ□多シ。

エーリツヒノ發育旺盛ナル腫瘍ヲ有スル鼠ヘノ再移植ハ無効ニ終レリ。氏ハ此ヲAtreptic immunity ト稱フルモ著者ノ實驗成蹟ハ此ニ反セリ。

移植ニ陽性ナリシ鼠ニ再移植シテ特ニ好成蹟ナルノ事實ハ、コレ腫瘍發育ニヨリ動物ノ移植感受性增加ニ由ル可シト云フ。

著者ハ移植量ヲ主要視シ、多量ニ移植スル時ハ其大部分吸收セラレ殘存セル細胞ノミ母細胞トシテ新腫瘍ヲ形成ス。而シテ腫瘍質ノ吸收ハ此新腫瘍ニ對シ何等影響スル所ナケレモ、再移植ニ對スル動物ノ抵抗ヲ增スト思ハル、然レモ又此ニ該當セザル例ナキニアラズ。故ニ尙多數ノ實驗ヲ經タル上ニ於テノミ斷案ヲ下ス可キナリト云ヘリ。

○マレー、移植シ得ベキ甘口鼠ノ表皮癌ノ一例、(J. a. Murray, a transplantable squamous celled carcinoma of the mouse.)

原發性腫瘍ハ老牝鼠ノ左腋下ニ生ゼル腫瘍ニシテ二—一、五—一センチノ大サヲ有シ、橢圓形ナリ。著者ハ其一部分ヲ切除シ、〇・〇一乃至〇・〇二瓦ヲ二百〇一頭ノ鼠ニ移植シ、三週ヲ經テ其中ノ四頭ニ腫瘍ヲ生ゼルヲ認メタリ。其內ノ一ヲ更ニ移植シタルニ六十四頭ノ內六鼠ニ成効セリト云フ。移植ニヨリテ生ゼル腫瘍ハ速ニ發育シ、胸腹內ヘ浸潤シ、漿液膜ヲ犯セリ、尤注意スベキコハ肺ニ大ナル轉移ヲ生スルコナリ。

增加シ癌胞巢間間質ハ紡綞狀細胞ニ富ミテ、大體ノ變化ハ第一例ニ同ジ。

(ハ)第三例、第二世代ニ於テ腫瘍ノ一部切除後ニ變化起レリ。

(三)肉腫樣發育ノ進行經路、(Progressive advance of the sarcomatous change)紡綞細胞ハ世代ヲ追フテ漸次增殖シ、廣ク帶狀ノ肉腫樣組織ヲ以テ胞巢ヲ分チ、胞巢內ニ壞死ヲ見ル。此時期ニ於テ著者獨特ノ觀察ナリト云フハ、紡綞細胞ノ大部分ハ消失シ、多形細胞此ニ代リ、個々ノ癌胞巢ノ周圍ニ輪狀ニ配列(Haloforming)スルコトナリ。蓋シ此種細胞ト癌胞巢ヲ隔ツル部ノ肉腫トハ互ニ相酷似スル所ヨリシテ、著者ハ上揭ノ細胞型ヲ以テ肉腫細胞ヨリ發生セルモノナリト云ヘリ。尙ホ癌胞巢中心部ニハ壞死甚シク起リ、癌腫細胞ハ縮小シ一般ニ暗汚染ス、此他尙ホ變性セザル部モアリ。

斯クシテ生ジタル競爭的混合腫瘍ニ於テハ、肉腫細胞ノ發育旺盛ナルガ爲ニ終ニ癌細胞ヲ凌駕シ(Outgrow)此ヲ頽癈セシメ、上皮細胞ハ消失シテ全ク紡綞狀細胞ノミヨリナル眞性肉腫トナルベシ。

(四)眞性肉腫(Pure sarcoma)、紡綞細胞ハ相集リテ束條ヲナシテ相互ニ交叉ス。各細胞間ニハ微細ナル彈力纖維素アリ、尙强擴大ニテ細胞原形質內ニモ微細纖維ヲ見ル。以テ結締織ニ起源スルヲ證ス。興味アルハ第一例ヨリ發生セル肉腫細胞ハ長紡綞狀ナレモ、第二例ヨリセルハ短紡綞狀又ハ主トシテ多形ナルコトナリ。此事實ハエーリッヒ及アポラントガ癌腫移植第九及第六十七世代後得タル肉腫ノ二例ガ、紡綞細胞肉腫及ビ多形細胞肉腫ナリシニ似タリ。著者ノ第三例ハ眞性肉腫ヲ發生スルニ至ラズ。

此肉腫ハ浸潤甚シク皮膚ヲ犯シ潰瘍ヲ作ル。發

study of the development of sarcoma under experimental condition.)

著者ハ廿日鼠ノ原發性癌腫ヲ五百以上ノ同種動物ニ移植シ、此ヨリ得タル腫瘍ヲ順次移植シツヽアル間ニ肉腫性癌腫ヲ生ジ、此ヨリ終ニ肉腫ノ新生セルコヲ見テ此間ノ經路ヲ表示シ、又顯微鏡的所見ノ多數ノ圖ヲ載セタリ。

(一)原發性癌性腫瘍及移植ニヨリテ生ゼル腫瘍ノ組織(Histology of Primary growth & of the subsequent generationsof carcinomatous tumours)、

(イ)原發性腫瘍、ハ體側面ニ生ジ胡桃大ナリ。顯微鏡的ニハ明カナル小葉性造構ヲ示ス腺腫性癌腫ニシテ、實質ハ(一)密接セル腺小葉ノ部ト、(二)上皮細胞ガ廣キ腔ヲ有スル部ト、(三)實質性胞巢ノ部トヨリ成ル間質ハ纖弱ニシテ、腫瘍邊緣ノミ間質多ク且細胞ニ富メリ、

(ロ)移植ニヨリ得タル腫瘍、ハ原發性癌腫ニ同ク、小葉狀造構ニシテ間質纖弱ナリ。數世代後ニテハ間質ハ漸次硬變ヲ示シ、硬變部ニ近キ胞巢ハ中心ヨリ邊緣ヘ向ヒ壞死ヲ生ズ。カカルモノヲ移植シテ後遠ニ檢索スルニ、實質ハ明ニ生存スレドモ間質ハ變性ヲ示シ、間質細胞ハ何等新腫瘍形成ニ關與セズ。

(二)肉腫發育ノ初期(first case of sarcoma development)

(イ)第一例、ハ移植ノ第八世代ノモノニシテ間質ハ大ナル紡綞細胞ニ富ミ其間ニ微細彈力纖維素ヲ見ル。此ヨリ以後世代ヲ重ヌルニ從ヒ追次間質增加ス。

移植後早ク(early stage)驗スルニ、細胞多キ結締織ハ最早變性スルコナクシテ生存シ、內ニ間接的核分剖像ヲ見ル。此變化ハ前世代ニ見ラレズ、故ニ急ニ起リタルモノナル可シ。

(ロ)第二例、前者ト別ノ系統ノ第九世代ニ於テ、同系統同世代ノ十三腫瘍中ノ二腫瘍ハ、結締織

クルモノハ壞死竈ノ吸收ニ因スル組織ノ自發的消失及ビ持續的移植ナリ。斯ノ如ク移植ヲ重ヌル間ニ細胞ハ新シキ生活狀態ニ適應シ、以テ細胞ノ自個抵抗及ビ獨立的ニ生存シ又生增スル力ヲ獲得スルニ由ルト。而シテユーリツヒガ唱フル、癌腫發育經路中ニ癌細胞ニ化學的變化(Chemical metabolism)ガ起リ、結締織細胞ニ刺戟ヲ與ヘ化生的增生ヲナサシム、トノコトニ就テハ著者ハ何等言及スル所ナシ。

(以上四項　醫學士　堀內彌三郎抄—)

育後二週間ニシテ已ニ中心潰瘍ヲ生ジ、又移植後ノ發育力ノ旺盛ナルヿ顯著ナリ。併シ乍ラ肉腫細胞ニ於テハ尚增生ヲツヾケテ曾テ壞死ヲ見ルヿ少シ。

轉移ハ肺ニ多ク、發育速ナリ。

(五)混合腫瘍ヲ人工的單純型ニ歸セシムルコト(Artificial purification of the mixed tumour)

(イ)移植スベキ腫瘍ノ乳劑ヲ移植前ニ四十四度ノ温ニ廿五分間所理スレバ、混合腫瘍ヲシテ他ノ熱ニ處理セザルモノヨリモ早ク眞性肉腫ニナラシム、トノエーリツヒノ實驗ニ對シテナセル著者ノ實驗ハ熱スルモ、熱セザルモ大差ナシト云フ。

(ロ)癌腫ニ對シ免疫セル動物ニ、混合腫瘍ヲ移植セバ、癌腫性發育ニ適セズシテ、速ニ眞性肉腫ヲ得ベシトノ希望ハ、バツシフオード及マレーノ實驗ニテ實現セラレタリ。然ルニ著者ノ實驗ハ癌免疫性動物ガ尋常動物ヨリモ僅一世代丈ケ早ク眞性肉腫ヲ發生セルノミナリシ。

(六)結論(Summary)、

(イ)此肉腫樣腫瘍ハ全ク惡性新生物ニシテ、癌胞巢周圍ノ肉芽組織ニ非ズ。轉移ヲ作リ、腫瘍剔出後再發シ、浸潤强ク、引續キ數世代ニ亘リ增殖スルモノナリ。

(ロ)肉腫ト稱シテ可ナルヿハ、腫瘍細胞原形質內微細彈力性纖維素ヲ有シ、細胞間ニモ此アリテ、結締織性ナルヲ證スルニヨル。

(ハ)此肉腫ハ偶發性腫瘍ニ非ズシテ、變化ノ經路ハ癌腫移植ニ關係アルヿヲ示ス。

(ニ)此肉腫細胞ハ癌腫實質ヨリ化生セル證ナシ。寧ロ結締織ヨリ發生セルモノナリ。

(ホ)如何ニシテ惡性ナラザル細胞ヨリ肉腫細胞ヲ生ズベキカノ問題ニ就テハ、コレ極緩徐ニ行ハル、病機(Graduate process)ニシテ、此レヲ助

○第壹卷第五册發行○ 第一卷ハ全五册ヲ以テ完成▼

東京帝國大學醫科大學教授 醫學博士山極勝三郎先生述

病的材料觀察法實習

DEMONSTRATIONS CURSUS

總紙二千二百數十頁
五 挿圖二百數十個
册 實習材料八百四十八例
出 正價八圓八拾錢
版 郵稅三拾錢

▲第一册實習材料百八十六例 ▲紙員五百四頁●正價金貳圓 ▲挿圖九拾個入●郵稅十二錢

▲第二册實習材料百七十例 ▲紙員三百八十六●正價一圓六十錢 ▲挿圖七十七個入●郵稅十錢

▲第三册實習材料百七十例 ▲紙員三百九十六●正價一圓六十錢 ▲挿圖三十個入●郵稅十錢

▲第四册實習材料百五十例 ▲紙員四百數十頁●正價一圓六十錢 ▲挿圖數十個●郵稅十二錢

▲第五册實習材料百七十二例 ▲紙員四百八十頁●正價貳圓 ▲挿圖約壹百個入●郵稅十二錢

患者治療之第一義は言ふまでも無く疾病を正確に診斷するに在り。而して常に複雜なる病症をも診して誤なからんと欲せば。人須らく臨床醫學の素養以外に。病理解剖學の理論に通じ、又實地多數病體解剖例の經驗を有せざる可からず。蓋し各疾病に於ける本態的變化知悉せらるれば、之れに

六年間（明治卅八年九月より十二月—卅九年九月より十二月の分を第五冊とす。卅九年一月乃至三月、四十年一月乃至三月の期間は先生缺席せられたる場合多かりし故篇入せられず）の示說材料總計八百四十八例。今合せて之れを第一卷に收め、先生に請ひ。解剖學的系統乃至疾病の種類に由り索引を作りて卷末に附し。愛顧諸彦の一覽に便せん事を期せり。願くは依例陸續御注文あらん事を。

左に試に所收材料が示す所の病變及疾病に關する先生が調製せられたる略表を揭ぐ

（第一）諸臟器が病變を呈したる瀕度數（全材料八百四十八例中）

（イ）	消化器系統（舌、口蓋、咽頭、食道、胃、肝、大小腸、腹膜）	四百廿二例
（ロ）	呼吸器系統（喉頭、氣管、氣管支、肺、胸膜）	三百四十五例
（ハ）	泌尿器系統（尿道、膀胱、輸尿管、腎臟）	百八十一例
（ニ）	循環器系統（心臟、動靜脈管）	百七十七例
（ホ）	神經系統（腦、脊髓、硬—軟腦脊髓膜、眼底等）	百十七例
（ヘ）	生殖器系統（陰莖、睾丸、副睾丸、精囊、攝護腺、腟、子宮、卵巢等）—此の少數なるは外科婦人科的局所的治療に了る者多き故なり	百〇五例
（ト）	淋巴腺脾	六十九例
（チ）	骨組織	四十七例
（リ）	皮膚	十二例
（ヌ）	甲狀腺	九例
（ル）	筋組織	四例

（第二）數臟器組織に亘りて病變を示し若しくは同一或は類似の狀態を呈する疾病或は材料の頻度數（全材料八百四十八例中）

（イ）	脚氣	三十七例	
（ロ）	粟粒結核		二十六例
（ハ）	黃疸	九例	
（ニ）	全身水腫		九例
（ホ）	全身高度の萎縮	八例	
（ヘ）	膿毒症		六例
（ト）	紫斑病、多發出血症	五例	
（チ）	癩病		五例
（リ）	老死	四例	
（ヌ）	全身貧血		四例

由來する症候は自から理解せらるべければなり、加ふるに醫家には療病の外、時に死體檢按を爲すの要あり。實地醫家が病體解剖學の實際に通曉せざるべからざるや、夫れ斯くの如し。然り而して諸氏が學窓に在りし日。殊に當該醫學校の施設未だ備らずして、修學期間に於て十分に病體解剖例を陪觀する事を得ざる塲合多きときは勿論。成業後、都市町村に司命の職に當るや。醫科大學、醫學專門學校、或は施療病院所在地に於ては、病體解剖に陪席し得ざるに非ざるも、業務繁劇なる爲め等にて。多くは其の機會を逸し、又は傍觀し得ると。多くして一年數回に過ぎず。況んや病體解剖の行はれざる地方の諸氏に到りては。成書若くは醫學雜誌所載の記事によりて幾分か其渴を醫する外なきを得ず。尤も一方に於ては、朝夕多數の患者を診療すとは雖も。學生時代に修得せる病理解剖學の記憶は次第に腦裡を辭し去り。實地病體解剖を見たる眼底の印象も漸く其影の薄きを致すべきに於ては。或は不知不識治療の大精神に背反するの行爲を敢てするに到るや知るべからず。是れ自から免かれざるの數にして。又實地醫家諸氏の深く遺憾とせらるゝ所なるべし、茲に於て乎必らずや此の缺陷を補ふの方法無かるべからず。我山極博士茲に觀る所あり。先生が東京帝國醫科大學病理學教室に於て、豐富なる病體解剖材料に就きて、各臟器組織に於ける狀態、病變の宿所、性狀を示說し、是等所見を綜合概括し。又之を臨床上症候に對照して、當該例の死因、疾病の本體、結果現象、病の發生原因に迄說き及ばされ。學生をして病體解剖の實地研究觀察法を實習せしめらるゝなる、夫の「デモンストラチオンスクルズス」講演の記錄に多少の訂正を加へ、多數の模型圖を添へて、以て實地醫家及學生諸氏病態解剖學研究の參考に供せられんとて。弊店に命じて、之を公にせしめられたる者即ち病的材料觀察法實習なり。無味乾燥なる病理解剖學書とは自から其撰を異にし。今回の發刊を以て既に其第五冊に達す、每冊載する所の材料は、年度に隨ふ自から多少の異同あり。每年九月より翌年三月の二學期に亘れる講演の明治三十四年九月より三十九年十二月の

第十三　大動脈内膜炎……二十八例
第十四　結核性腦膜炎……二十七例
第十五　腦出血二十六例
新……十四例　舊—軟化空洞……十二例
第十六　肝（平等性）間質炎……二十五例
第十七　膽石症……二十四例
第十八　動脈瘤二十四例
上行大動脈……八例　大動脈弓……五例
心壁……二例　大動肺半月瓣……二例
腹部大動脈……二例　無名動脈……一例
左鎖骨下動脈……一例
第十九　大腸赤痢……二十一例
第廿　氣管支腺結核……二十一例
第廿一　心肥大及擴張（脚氣以外）
心右室擴張肥大……二十例　心左室肥大……十六例
心右室擴張……六例　心左室擴張肥大……五例
心左室擴張……一例
第廿二　結核性胸膜炎、穿孔性腹膜炎、子宮筋纖維腫、睾丸間質炎等各……十七例
第廿三　纖維素性肺炎……十五例
第廿四　肝梅毒十五例
ゴム腫、瘢痕……十例　分葉肝……五例

（ル）敗血症（著き者）……三例。（ヲ）バンチ氏病……三例
（ワ）流注膿瘍……三例等

（第二）病變乃至疾病の瀕度數（全材料七百四十八例中）

第一　肺結核　百六十三例
潰瘍性空洞性肺痨……五十四例　慢性氣管支炎、同周圍炎性、間質炎性にして多少の硬變を伴ふ者……三十五例
乾酪性（急性）肺炎……二十六例　單に肺結核と記されたる者……四十三例
粟粒結核（の純なる者）……二〇例　比較的治癒狀態にある者……三〇例

第二　胃癌　五十五例
局所記されざる者……四十一例　幽門……十二例
小彎……一例　噴門……一例

第三　單純胃潰瘍　五十一例
未だ治癒せざる者……二十六例　其瘢痕……二十五例

第五　小腸結核性潰瘍……（中に就き疑なく原發性と認すべき者唯一例あり）……五十一例

第六　萎縮腎　四十六例
萎縮腎……三十四例　慢性間質炎（疑なき者）……十二例

第七　動脈硬變（著き者のみ）……四十五例

第八　腎實質炎（急—慢性共）……四十四例

第九　肺氣腫……二十七例

第十　小腸「チフス」三十四例
新……二十七例　其瘢痕……七例

第十一　加答兒性肺炎……三十二例

第十二　結核性腹膜炎……二十九例

第卅五　嚥下肺炎、肺炭末沈着症、肺轉移癌、舌潰瘍、胃筋纖維腫、肝靜脈閉塞性內膜炎、肝血管腫、心梅毒、兩上房間卵圓孔存在、肺動脈擴張、小腸濾胞炎、腸管重積、大腸「チフス」、直腸周圍炎、腎ゴム腫、腎石、輸尿管狹窄、副腎結核、子宮頸破裂、睾丸周圍炎、腦炎等各……三　例

第卅六　肺肉變、胃結核性潰瘍、總輸膽管擴張穿孔、膽管上皮癌、肝膿瘍、肝チステ、結核性心外膜炎、脂肪心（著き者）、ボタリ氏管存在、兩心室境壁穿孔、筋アブセス、膵萎縮、小腸デイフテリー性炎、十二指腸狹窄、小腸脂肪腫、大腸ポリープ、大腸濾腫性アブセス、大腸擴張、腹膜異物結核、大腸結核（のみ著き者）、大腸腺腫、脾ゴム腫、輸尿管內尿石、副腎ストルーマ、卵巢囊腫、卵巢「デルモイード」、腦「グリオーム」、腦水、腦軟膜出血、脊髓多發硬變、脊髓梅毒等各……二　例

其他各一例の稀有なるは之を畧す

又以て日常醫家が本邦に於て遭遇する疾患に對する實地的病體解剖の知見は殆んど凡て網羅せられあるを見るべし。若し夫れ同種疾病も亦各例に隨つて趣を異にする事千態萬狀なるものあり。將た是等諸病變が各例に於て互に如何なる關係を有し。如何なる影響を全身に及ぼせるや等の觀察法に到りては。實に山極先生が最も意を致されたる所なり。即ち今回の實習第五冊　乃至第一—第五冊合本の第一卷とが諸彥座右の好侶伴たるを得ば。弊舖の幸榮之れに過ぎず

◉發行元

醫籍藥學書及醫療器械專賣
農商務省認可各種度量衡販賣
東京帝國大學醫科大學御用

東京市本鄉區春木町二丁目角

半田屋醫籍商店

（電話下谷二千八番　貯金口座東京三四六四番）

第廿五　化膿性腦膜炎、僧帽瓣內膜炎等各……十四例
第廿六　腹水、腎膿瘍、腎囊胞等各……十三例
第廿七　沈墜性肺炎、篦形肝蛭症等各……十一例
第廿八　「クルップ」、癒着性胸膜炎、心脂肪變性、大腸濾胞炎（含潰瘍）、諸淋巴腺結核、腎脂肪變性、腎瘍、腎結核、結核性脊髓膜炎等各……十例
第廿九　氣管支擴張、化膿性腹膜炎、脾腫等各……九例
第卅　喉頭斜位、結核以外の肺硬變、肺壞疽、化膿性胸膜炎、咽頭「ヂィフテリヤ」、食道癌、肝脂肪變性、肝轉移癌、肝東洋流絞搾溝、心壁內膜炎、梅毒性大動脈炎、乾酪性子宮內膜炎、諸種關節炎、十二指腸蟲症、代償性腎肥大、脊髓後索灰白色變性腎生形異常等各八例
第卅一　脊髓炎、腎梗塞、傳染脾（著明なる者）、肝高度の萎縮、纖維素性胸膜炎、肺梗塞、肺水腫等各……七例
第卅二　肺原發癌、喉頭結核、脂肪肝、心外膜炎（結核性以外）、子宮癌、子宮「ポリープ」、脊髓「カリエス」、脊椎彎曲、膵原發癌、十二指腸潰瘍、脾梗塞、慢性軟腦膜炎、化膿性脊髓膜炎等各……六例
第卅三　副睾丸結核、睾丸「ヒドロッエーレ」、產褥子宮、乾酪性喇叭管炎、水腎、諸骨肉腫、頭蓋骨梅毒、動脈血栓、鬱血性肝硬變、肺生形異常等各……五例
第卅四　脊髓側索硬變、腦ゴム腫、子宮生形異常、膀胱結核、隻腎高度の萎縮脾結核、盲腸周圍炎、大腸癌、癌腹膜散種、子宮出血性內膜炎、靜脈炎、心高度の萎縮、心筋間質炎、肝日本住血吸蟲々卵栓蟲性間質炎、實質性肝癌、胃「ポリープ」、胃慢性加答兒、水癌、肺梅毒、膿胸等各……四例